

Innføring av operasjonsroboter i spesialisthelsetjenesten

*Kunnskapsbasert helsetjeneste –
eller «toys for boys»?*

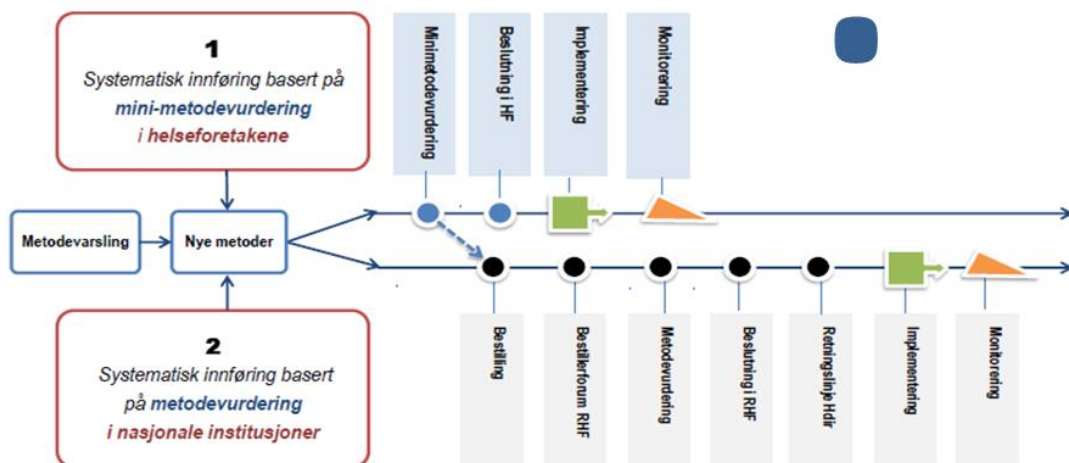
Siv Cathrine Høymork



Masteroppgave
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

14.11.2013

Innføring av operasjonsroboter i spesialisthelsetjenesten – kunnskapsbasert helsetjeneste eller «toys for boys»?



Figur 1: Operasjonsroboten Da Vinci og illustrasjon fra Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

© forfatteren

2013

Innføring av operasjonsroboter i spesialisthelsetjenesten – kunnskapsbasert helsetjeneste eller
«toys for boys»?

Siv Cathrine Høymork

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Bakgrunn: Kunnskapsbasert medisin og kunnskapsbasert helsetjeneste har vokst fram som en bevegelse de siste tjue åra. Myndighetene legger i økende grad opp til at beslutninger i helsetjenesten skal baseres på systematisk vurdering av dokumentert effekt og kostnadseffektivitet av tiltak. I perioden 2005-2012 ble det anskaffet ti operasjonsroboter ved norske helseforetak. Det fins sparsomt med holdepunkter for at operasjonsrobotene fører til bedre pasientbehandling, men det er godt dokumentert at robotene har påført helsetjenesten økte utgifter. Det var ikke kjent hvilke vurderinger beslutningstakerne hadde gjort da operasjonsrobotene ble anskaffet. Formålet med studien var å kartlegge disse vurderingene og analysere hvordan vurderingene ville stå seg mot den kunnskapsbaserte modellen for innføring av ny teknologi som sentrale helsemyndigheter har lagt opp til.

Metode: Seks personer, som alle satt med eller meget nær beslutningsansvaret da sju av robotene ble anskaffet, ble intervjuet om de overveielsene som ble gjort. I tillegg ble utvalgte dokumenter – hovedsakelig styredokumenter, brev og presseoppslag – studert.

Resultater: Flere av robotene er finansiert ved gaver. Beslutningstakerne har kjent til at robotteknologien i liten grad bedrer pasientbehandlingen, og at teknologien er kostnadsdrivende. Påviste drivkrefter for innføringen var blant annet strategiske ønsker fra ledelsen om å beholde eller rekruttere fagfolk og pasientgrunnlag og ønske om å styrke sykehuset i pågående eller kommende organisatoriske prosesser. Press fra fagmiljøer og pasienter har spilt en viss rolle. Tilbudet om gaver har i seg selv påvirket beslutningene flere steder. Informantene ga uttrykk for tro på at operasjonsroboter er framtidsrettet teknologi.

Diskusjon: Litteraturen beskriver ulike former for rasjonalitet som grunnlag for å fatte beslutninger. Helseforvaltningen har som utgangspunkt at beslutninger i helsetjenesten bygger på optimeringsstrategier - «mest mulig nytte» - og legger et nasjonalt perspektiv til grunn. Beslutningene om å anskaffe roboter bygger på andre former for rasjonalitet, og innbyrdes konkurranse mellom helseforetakene har spilt en vesentlig rolle.

Konklusjon: Operasjonsroboter i norsk spesialisthelsetjeneste har kommet som resultat av enkeltstående beslutninger i ulike helseforetak, der lokale perspektiv, drivkrefter og konkurranseforhold har vært viktig.

Forord

Etter nær tjue år i klinikk og klinisk forskning fikk jeg i økende grad interesse for helsetjenesten i et systemperspektiv. Høsten 2008 gjennomførte jeg således første del av det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon og helseledelse, «Ole Berg-studiet», på kull 22. Det var usedvanlig berikende. Jeg planla å skrive masteroppgave om paragraf 4a i pasientrettighetsloven, en paragraf som ble innført i 2009, og som hjemler bruk av tvang i somatisk helsetjeneste. Jeg ville studere hvordan denne paragrafen ble anvendt i situasjoner der én helsearbeider utøver tvang og en annen helsehjelp. Det er tilfellet når en anestesilog bruker tvang for å legge en pasient i narkose for at en annen (f. eks tannlege eller kirurg) skal utføre behandlingen. Ansvarsforholdet i disse situasjonene er ikke avklart verken i lovforarbeidene eller opplysningsmateriell gitt ut fra Helsedirektoratet.

Men åra gikk og ble fylt med rikelig arbeid – av alt annet slag enn masteroppgave. Det å få fullført oppgaven syntes uoverkommelig. Helt tilfeldig ble interessen for en annen problemstilling vekket – få måneder før studieretten gikk ut. Universitetet i Oslo så i nåde til meg og ga meg ytterligere ett års studierett. Takk til UiO og til studiekonsulent Deborah Ann Arnfinsen i sær.

Til dette nye temaet – innføringen av robotkirurgi i Norge – trengte jeg førstehånds informasjon, og jeg takker hver og en av mine informanter som raust og uselvisk har brukt tid på meg og mitt prosjekt. Dere har vært enestående, alle sammen!

Min veileder, førsteamanuensis Eli Feiring, har hjulpet meg til å holde både kurs og framdrift. At kursen ikke har vært like stødig hele tida, kan ikke Eli lastes for; slik blir det når kandidaten jobber etter «de gule lappers metode». Et avsnitt her og et avsnitt der har blitt ferdig, og med Elis hjelp fant jeg omsider ut både hvor jeg skulle og hvordan jeg kunne komme meg dit. Vi ble aldri helt samstemte i hvordan teorikapittelet burde struktureres, men jeg har blitt inspirert til å lese videre om «rational choice theory». En stor takk skylder jeg Eli for ualminnelig kyndig, hyggelig, inspirerende og tålmodig veiledning.

Det er moro å lære noe nytt, og moro å skrive det sammen! Men det går ut over noen: Jeg er imponert over den flotte gjengen der hjemme - min mann Einar og ungdommene i huset, Ingvild og Håvard- som har holdt ut med mammas oppgave også denne gangen. Tusen takk til dere tre! Jeg lover (nesten helt sikkert) at det ikke blir flere doktoravhandlinger eller masteroppgaver (med det første).

Til slutt en hjertelig takk til sjefen min, direktør Magne Nylenna og de gode kollegene i Kunnskapssenteret – i rådssekretariatet især. Helt spesielt takker jeg seniorrådgiver Hege Wang. Hege skrev sekretariatets utredning om robotkirurgi, og det var denne utredningen som vekket min nysgjerrighet for hvordan og hvorfor vi hadde fått alle disse robotene i Norge. Hege har i tillegg avlastet meg med noen av mine lederfunksjoner og har vært en inspirerende og støttende medspiller også i arbeidet med denne oppgaven.

Og skulle noen ha lyst til å ta fatt på en masteroppgave om bruk av tvang i somatikken og anestesilogens rolle i så måte, ja, så nøl ikke med å ta kontakt. Det fins gule lapper med momenter og løseavsnitt, som venter på å bli bearbeidet - av noen andre enn meg...

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	11
1.1	Forskningsspørsmålene	12
1.2	Oppbygging av oppgaven.....	13
2	Bakgrunn	15
2.1	Kunnskapsbasert politikkutforming	15
2.2	Kunnskapsbasert helsetjeneste	15
2.3	Prioriteringsutredningene	18
2.4	Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	21
2.5	Øvrig rammeverk for beslutninger og prioriteringer	24
2.5.1	Lovverk	25
2.5.2	Nasjonale faglige retningslinjer	26
2.5.3	Øvrige relevante styringsdokumenter	27
2.6	Teknologien	30
2.6.1	Operasjonsroboten da Vinci	30
2.6.2	Alternative kirurgiske teknikker.....	32
2.6.3	Kunnskapsgrunnlaget for robotkirurgien	32
2.6.4	Status for robotteknologien i de øvrige nordiske landene.....	36
3	Teori	38
4	Metode.....	42
4.1	Utvalg og forberedelser	42
4.2	Intervjusituasjonen.....	43
4.3	Eliteintervju	43
4.4	Litteraturutvalg	44
4.5	Analyse	45
4.6	Formelle godkjenninger.....	45

5	Funn - de enkelte anskaffelsene	46
5.1	Sykehuset Telemark	46
5.2	St. Olavs Hospital – robot nr 1	51
5.3	St. Olavs Hospital – robot nr 2	53
5.4	Haukeland universitetssjukehus	57
5.5	Stavanger universitetssjukehus	61
5.6	Sørlandet sykehus	64
5.7	Universitetssykehuset Nord-Norge	70
6	Diskusjon.....	75
6.1	Oppsummering av funnene.....	75
6.2	Innføring gjennom et nasjonalt system?	75
6.3	Rasjonelle beslutninger.....	77
6.4	Pasientforeningenes standpunkter	81
6.5	Gaver med bindinger	81
6.6	Toys for boys?	83
6.6.1	Konsekvenser av økt antall operasjoner	84
6.6.2	A point of attraction	85
6.7	Pasientsikkerhet	85
6.8	Innovasjon og fagutvikling.....	87
6.9	Avsluttende refleksjoner.....	88
7	Litteraturliste	90
	Vedlegg	93

1 Innledning

26. januar 2012 mottok jeg en videresendt e-post fra seniorrådgiver Guri Snøfugl i Helsedirektoratets avdeling for økonomi og analyse. Snøfugl påpekte at det var tatt flere initiativ for å få økt sykehusenes refusjon for prostataoperasjoner, fordi bruk av operasjonsroboter drev kostnadene i været. Kostnadsøkningen skyldtes blant annet dyrere engangsutstyr. «Bruk av teknologien,» skrev Snøfugl, «skal visstnok være mye mer skånsom for pasienten.» Hun lurte på om denne problemstillingen var aktuell i prioriteringssammenheng, også sett i lys av de mange samtidige presseoppslag om behov for ytterligere en operasjonsrobot på Radiumhospitalet.

Mailen og presseoppslagene vakte interesse i sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Jeg ledet da – som nå – dette sekretariatet. Vi undret oss på om det forelå dokumentasjon for at operasjonsrobotene faktisk ga så mye bedre effekt for pasientene at det samsvarte med de økte kostnadene.

Sekretariatet utredet en sak om robotassistert kirurgi for prioriteringsrådet, og saken ble drøftet i rådet 17. september 2012. I saksutredningen kom det fram at kostnadene ved bruk av robot var vesentlig høyere, og merverdien for pasientene i form av bedre sykdomskontroll og færre komplikasjoner ikke særlig stor. Dette lot ikke til å være noen overraskelse for rådsmedlemmene, heller ikke de som representerte ledere og beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten.

I alt ti operasjonsroboter er nå tatt i bruk ved norske sykehus – enten betalt ved offentlige midler, eller gitt som gaver til sykehus av rike enkeltpersoner, organisasjoner eller ved hjelp av private innsamlingsaksjoner. Og det er et vedvarende press for å få flere roboter – både på sykehus som allerede har, og på sykehus som ikke har tilgang robot.

Flere samtidige utviklingstrekk har gjort at behovet for å prioritere mellom pasienter og mellom tiltak i helsetjenesten har blitt stadig tydeligere kommunisert i styringen av helsetjenesten og i offentligheten for øvrig. Én viktig årsak er nettopp at tilfanget av nye behandlingsmetoder - medikamenter og teknologisk utstyr - driver utgiftene i været. Lønning 2-utvalget fastsatte i 1997 at tre offisielle kriterier skulle være førende for hvordan helsetjenesten skulle prioritere sine ressurser, og to av disse gjaldt tiltakets forventede effekt – vurdert som effekt alene og som effekt holdt opp mot kostnadene.

I tråd med denne utviklingen har det de siste tiåra vært en uttalt målsetting fra helsemyndighetene at helsetjenesten utvikler seg i retning av å bli mer kunnskapsbasert. Med det menes at beslutninger på alle nivåer så langt råd er skal baseres på systematisk gjennomgang av all tilgjengelig dokumentasjon av effekten av tiltaket, det være seg en klinisk beslutning ved sykesenga eller innføringen av en ny metode på nasjonalt eller regionalt nivå. Denne utviklingen har – foreløpig – kulminert ved at Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 har etablert et nytt helhetlig nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Ulike varianter av metodevurderinger, som innbefatter systematiske kartlegginger av metodens (teknologiens) effekt og kostnadseffektivitet, er sentralt som beslutningsgrunnlag i den kunnskapsbaserte helsetjenesten og i dette nye systemet.

Godt plassert i denne «kunnskapsbaserte tradisjonen» undret jeg meg over hvorfor mange norske helseforetak hadde valgt å anskaffe operasjonsroboter, når den vitenskapelige dokumentasjonen for bedre effekt eller kostnadseffektivitet i beste fall var sparsom. Kjente man ikke til den manglende dokumentasjonen? Hadde beslutningstakere ved helseforetakene valgt å tolke de vitenskapelige resultatene annerledes? Eller hadde helt andre drivkrefter enn de man ser for seg i den kunnskapsbaserte tradisjonen, påvirket beslutningene? Og om det er tilfellet – hva var likhetene og ulikhetene mellom de beslutningene som den kunnskapsbaserte medisinen legger opp til, og de beslutningene som faktisk fattes ute i virksomhetene?

1.1 Forskningsspørsmålene

I oppgaven har jeg tatt sikte på å få svar på spørsmålene over, strukturert på følgende måte:

1. En deskriptiv framstilling av historien rundt hver enkelt av de operasjonsrobotene som fins på norske helseforetak:
 - a. Hvem har tatt initiativ til å få den på plass?
 - b. Hvilket beslutningsgrunnlag har blitt brukt, hvordan har det framkommet, og hvordan har det sett ut?
 - c. Hvordan har roboten blitt finansiert?
 - d. Hvem har tatt den endelige beslutningen om å anskaffe den?
2. En kartlegging av drivkreftene bak innføringen av den enkelte roboten:

- a. Hva har etter informantens mening vært de viktigste reelle årsakene til at det er anskaffet operasjonsrobot på det enkelte foretak?
3. Hva har vært de samlede drivkreftene bak innføringen av operasjonsroboter i norsk spesialisthelsetjeneste?
4. Hvordan samsvarer disse drivkreftene med den systematiske tilnærmingen til beslutninger om innføring av kostnadskreven teknologi og prioriteringer som sentrale helsemyndigheter har lagt opp til de siste tjue åra?

1.2 Oppbygging av oppgaven

I bakgrunnkapittelet gjør jeg rede for hva kunnskapsbasert medisin er, hvordan den historisk har utviklet seg og noen hovedtrekk om denne måten å skaffe beslutningsgrunnlag på.

Sentrale styringsdokumenter omtales med spesiell vekt på hvordan den kunnskapsbaserte tilnærmingen reflekteres i disse. Det nye nasjonale helhetlige systemet for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten - herunder ulike former for medisinske metodevurderinger - gis forholdsvis bred omtale. Videre beskriver jeg den teknologien jeg har studert, nemlig operasjonsroboten Da Vinci, og ulike alternative kirurgiske behandlingsformer.

Kunnskapsgrunnlaget for bruk av operasjonsroboter i form av effektdokumentasjon, kostnader og helseøkonomiske vurderinger refereres, likeså kort om status for innføring av operasjonsroboter i de øvrige nordiske land.

Jeg gjør videre kort rede for noe av teori om ulike former for rasjonalitet i beslutninger. Forskningsmetoden presenteres.

Resultatene av studien presenteres slik at hver enkelt av de sju anskaffelsene ved seks av de sju helseforetakene som har operasjonsroboter i dag, presenteres som separate historier – hva som skjedde, hvordan roboten ble finansiert, og hvilke avveininger som ble gjort. Her inngår også informantenes analyse av drivkreftene bak innføringen ved deres foretak.

I diskusjonsdelen oppsummerer jeg *mine* vurderinger av hva som har vært de reelle drivkreftene ved innføringen av robotkirurgi i Norge og drøfter disse i lys av styringsdokumenter og tankesettet bak en kunnskapsbasert helsetjeneste. Var de enkelte beslutningene rasjonelle, og fører summen av disse enkeltstående beslutningene til en rasjonell innføring av robotkirurgien i Norge? Fra hvilket perspektiv har beslutningen blitt fattet? Noen særlige utviklingstrekk som antas å henge sammen med innføringen av

robotkirurgi, løftes også fram og diskuteres, i likhet med enkelte problemstillinger knyttet til private donasjoner til den offentlige helsetjenesten.

Til slutt reflekterer jeg over om det er mulig og ønskelig å (sentral)styre den teknologiske utviklingen i helsetjenesten slik man i økende grad legger opp til gjennom ulike elementer på flere nivåer i en kunnskapsbasert helsetjeneste, og forholdet mellom systematisk dokumentasjon og innovasjon og fagutvikling.

2 Bakgrunn

2.1 Kunnskapsbasert politikkutforming

I 1997 vant Labour valget i Storbritannia. Partiprogrammet fra den gang inneholdt et meget kjent sitat, som siden ofte tillegges partileder og kommende statsminister Tony Blair: «What counts is what works». Det som har betydning, er det som virker. Slagordet fra Labour's partiprogram regnes gjerne som et vendepunkt for hvordan man vektla forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak i politiske beslutninger. Modellen for en kunnskapsbasert politikkutforming var hentet fra den kunnskapsbaserte medisinen.

2.2 Kunnskapsbasert helsetjeneste

Framveksten av den kunnskapsbaserte medisinen - på engelsk «evidence based medicine (EBM)» - representerer et paradigmeskifte både i klinisk praksis og i styringen av helsetjenesten. Tidligere ble beslutninger om hvilken behandling enkeltpasienter skulle tilbys, i stor grad fattet av den enkelte lege – på bakgrunn av de kunnskaper vedkommende hadde ervervet og et individuelt faglig skjønn. I dag blir medisinske beslutninger ofte basert på kunnskapsbaserte retningslinjer, prosedyrer og veiledere. Kvalitetsbevegelsen innen medisin og helsefag som har vokst fram de siste tjue-tretti år, bygger på en oppfatning om at standardisering gir bedre kvalitet for pasientene. Utgangspunktet for å lage standarder i en *kunnskapsbasert praksis* er oppsummert forskning om effekt og sikkerhet av ulike tiltak.

Beslutninger på et mer overordnet plan om hva som skal tas i bruk i helsetjenesten, har også endret seg i tråd med denne utviklingen. Tidligere hadde ikke helsetjenesten så mye behandling å tilby, og en langt mindre del av samfunnets ressurser ble anvendt til helsetjenester. Mens 0,8 % av brutto nasjonalproduktet gikk til offentlig helsetjeneste i 1938 (1), var andelen rundt 8 % i 2012ⁱ. I dag er det slik at summen av tilgjengelige behandlingsmetoder og folks forventninger til helsetjenesten overskrider rammene for hva helsetjenesten kan tilby. Det er derfor nødvendig å velge ut - prioritere - hva som skal gjøres innenfor disse rammene. For å sikre at helsetjenesten gjør konsistente og forutsigbare

ⁱ Ifølge SSB utgjorde de totale helseutgiftene i 2012 9,4 % av BNP. Man regner at den offentlige helsetjenesten utgjør 85 % av dette.(2)

prioriteringer, trengs gode beslutningsgrunnlag. Gode beslutningsgrunnlag basert på all tilgjengelig kunnskap er også viktig for å sikre at de helsetjenestene som tilbys, er trygge for pasientene og ikke påfører mer ugagn enn nytte. I *kunnskapsbasert beslutninger* og *kunnskapsbasert helsetjeneste* står også oppsummert forskning om effekt og sikkerhet av tiltak sentralt.

2.2.1 Utgangspunktet for kunnskapsbasert medisin

Den evidensbaserte medisinen som internasjonal bevegelse oppsto midt på nittitallet. På den samme tida ble begrepet «evidensbasert» oversatt til «kunnskapsbasert» på norsk. (3) Grunnlaget for den kunnskapsbaserte bevegelsen ble imidlertid lagt tidligere. I 1972 ble Office of Technology Assessment (OTA) opprettet i USA. (4) OTAs oppgave var å skaffe kongressen dokumentasjon om effekt og sikkerhet av ny teknologi. Arbeidet i OTA, som ikke var avgrenset til helsesektoren, ble en forløper for systematiske vurderinger av medisinsk teknologi. OTA ble lagt ned i 1995, men tankegangen og framgangsmåten som helseavdelingen i OTA (OTAH) sto for, hadde fått fotfeste, ikke minst i England, hvor man etablerte et program for HTA (Health Technology Assessment), finansiert av helsedepartementet. (4) Hva som inngår i og kjennetegner en HTA-rapport er beskrevet i avsnitt 2.4.1.

Systematisk oppsummering av forskningsresultater

Sterkt bidragende til utviklingen av den kunnskapsbaserte medisinen er framveksten av den såkalte Cochrane-bevegelsen, som har sitt navn etter statistikeren Archie Cochrane. (5) En Cochrane-rapport summerer i utgangspunktet forskningen om effekt av tiltak. Det nye med denne måten å anvende forskning i beslutninger på, var at konklusjonene *ikke* ble trukket på bakgrunn av utvalgte enkeltpublikasjoner, som en eller flere fageksperter gikk god for. I stedet vurderte, vektet og summerte man funnene i alle relevante primærstudier om tiltakets effekt - etter et rigid system og uten fageksperters medvirkning på utvelgelsen av studiene. Det foretrukne studiedesignet på primærstudier i en Cochrane-rapport er randomiserte, kontrollerte, prospektive studier (RCT).

2.2.2 To ulike tradisjoner: HTA og Cochrane-rapporter

Den kunnskapsbaserte medisinen har altså kommet til på to måter: via HTA-bevegelsen og Cochrane-bevegelsen. Det fins motsetninger mellom disse to «skolene». Dette er synlig i en institusjon som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, der man ved etableringen i 2004 samlet to miljøer med ulik tilhørighet og tradisjon, nemlig Senter for medisinsk metodevurdering (SMM), som jobbet HTA-basert, og kunnskapsdivisjonen i Sosial- og helsedirektoratet, som jobbet etter Cochrane-bevegelsens metoder. (4) En vesentlig forskjell på en Cochrane-oppsummering og en HTA-rapport er hvorledes fageksperter involveres i arbeidet. En HTA-rapport (medisinsk metodevurderingⁱ) er dessuten mer omfattende og inneholder vurdering av flere aspekter enn effekten av tiltaket. Dette omtales nærmere i kapittel 2.4.1.

Ulikheter mellom disse to måtene å utarbeide beslutningsgrunnlag på, ligger utenfor temaet for denne oppgaven. Jeg velger en pragmatisk tilnærming og kaller både HTA-rapporter og systematiske oversikter utarbeidet etter annen anerkjent metodikk for kunnskapsoppsummeringer, medisinske metodevurderinger eller medisinske teknologivurderinger. Kanskje jeg til og med snubler litt i terminologien.

2.2.3 Systematisk kunnskapsoppsummering - i myndighetens interesse

Politikere og myndighetene fattet raskt interesse for miljøer som drev med kunnskapsoppsummering på en systematisk måte og attpåtil gjorde konklusjoner fra forskningen tilgjengelig og forståelig for beslutningstakere uten egen forskningsbakgrunn. Som nevnt ble OTA opprettet nettopp for å bistå den amerikanske kongressen, og det første HTA-programmet i England ble finansiert av helsedepartementet.

I Norge ble Senter for medisinsk metodevurdering etablert gjennom statsbudsjettet for 1997, etter at en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet hadde tilrådd etablering av et slikt senter med en «nær tilknytning til den kliniske medisin, til de medisinske forskningsmiljøene og til helsemyndighetene». (6)

ⁱ Det nyetablerte nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er tuftet på medisinske metodevurderinger som beslutningsgrunnlag. En medisinsk metodevurdering er det norske navnet på en HTA. Se også avsnitt 2.4.

I sosialkomiteens merknad til den foreslåtte Lov om helseforetakene sto: «Det er viktig at den kunnskap som frembringes gjennom medisinske metodevurderinger blir aktivt brukt av helsemyndigheter og helseforetak slik at effektive og virksomme helsetjenester kommer pasienten til gode. Like viktig er det at medisinske tiltak med liten eller ugunstig effekt blir faset ut.» (7) Her gjenspeiler komiteens merknad de to hovedhensiktene med metodevurderingene – sikre gode prioriteringer og bidra til sikkerhet for pasientene.

Det er ikke til å undres over at politikere og myndigheter verdsetter denne systematiske måten å framskaffe beslutningsgrunnlag på. Konklusjoner i vitenskapelige artikler spriker ofte, og selv de underligste påstander kan finne støtte i enkeltstående publikasjoner. Ikke sjelden vil sterke fagpersoner eller -miljøer forfekte at konklusjoner fra enkeltartikler representerer sannheten og underslår studier med motstridende resultater. Enkeltstudier kan også være av dårlig kvalitet rent metodisk. Tilfanget av vitenskapelige artikler dessuten er så stort at det er helt umulig å klare å holde seg oppdatert selv innenfor et meget avgrenset fagfelt. Så beslutningstakere i helseforetakene, sentral helseforvaltning og i det politiske nivået må nødvendigvis verdsette et system som omsetter flere tusen originalartikler - utført med ymse metodikk, av varierende kvalitet og med sprikende resultater - til én enkeltpublikasjon som gir enkle mål for effekter, for eksempel: «Den teknologien vi har undersøkt, øker overlevelsen med gjennomsnittlig 0,9 år.»

2.3 Prioriteringsutredningene

2.3.1 Lønning I

Norge har hatt to offentlige utredninger om prioriteringer i helsetjenesten. Begge ble ledet av professor Inge Lønning. Det første utvalget la stor vekt på tilstandens alvorlighet som kriterium for hvilken prioritet pasientgruppen skulle gis. Utvalget foreslo fem ulike prioriteringsnivåer. Det som i ettertid har fått mindre oppmerksomhet, er at tiltakets effekt også ble vektlagt av Lønning I, om enn ikke like tydelig som seinere. (8)

I de to øverste prioriteringsnivåene inkluderer Lønning I hhv «livsnødvendige» og «nødvendige» tiltak. Innunder prioriteringsnivå 3 faller «nyttige tiltak som har uønskede konsekvenser hvis de ikke iverksettes.» De to nederste nivåene beskrives slik (min kursivering):

Nivå 4. Etterspurte tiltak som har mindre konsekvenser hvis de ikke iverksettes, gis fjerde prioritet. Eksempel: *Høyteteknologi med moderat nytteeffekt*, kunstig inseminasjon og befruktning utenfor kroppen.

Nivå 5. Etterspurte tiltak som er *uten dokumentert nytteverdi*, gis femte prioritet.

Eksempel: Rutinemessige helsekontroller, screening av friske individer med forhøyet risiko.

Vi ser at allerede Lønning I-utvalget la opp til at man i prioriteringer skulle ta hensyn til en *estimert størrelse* for den forventede effekten av tiltak og stilte krav til at effekten skulle være *dokumentert*. For å kunne dele pasientene inn i de nivåene som Lønning I foreslo, og dermed sikre robuste beslutninger og prioriteringer, ville man trenge verktøy av typen medisinske metodevurderinger.

2.3.2 Lønning II

Ti år etter at Lønning I hadde levert sin innstilling, ble det nedsatt nok et prioriteringsutvalg under ledelse av professor Inge Lønning. Behovet for et nytt utvalg ble begrunnet blant annet med at en rivende medisinsk utvikling hadde skapt nye utfordringer. I tillegg mente Sosial- og helsedepartementet at de retningslinjene som Lønning I hadde trukket opp, ga for stort rom for skjønnsmessig tolkning: «Kriteriene har fungert godt som idégrunnlag, men overfor enkeltpasienter eller som utgangspunkt for administrative styringssystemer har de gitt for stort rom for personlig skjønn og individuell tolkning.»ⁱ

I mandatet fikk Lønning II et konkret oppdrag med særskilt relevans for problemstillinger i denne oppgave: «Utvalget bes ta stilling til spørsmålet om hvordan høyteteknologisk medisin kan avveies mot billigere og mindre avanserte behandlingsformer.» Og i mandatet til utvalget har departementet kanskje litt overraskende også gitt enkelte føringer for hvilke prioriteringskriterier utvalget skal komme fram til: «Utvalget skal ta hensyn til at behandlingens nytteverdi skal tillegges vekt».

Lønning II anbefalte at man på overordnet nivå i helsetjenesten skulle dele pasientene inn i fire prioritetsgrupper. I prioritetsgruppe 1, som ble benevnt «grunnleggende helsetjenester, skulle følgende tre kriterier vektlegges: 1) tilstandens alvorlighet, 2) tiltakets forventede nytte (effekt) og 3) tiltakets forventede kostnadseffektivitet. Disse tre kriteriene, som gjerne

ⁱ Igjen ser vi at standardisering er en målsetting - på bekostning av skjønnsutøvelse.

omtales som Lønning-kriteriene, har siden stått seg som førende for prioriteringer i norsk helsetjeneste. De er lov- og forskriftsfestet for spesialisthelsetjenesten og legemiddelområdet (se 2.5.1) og betraktes som normerende også for den øvrige helsetjenesten.

I kapittel 6 gjør Lønning II rede for prioriteringsmodeller i en rekke andre land og slår avslutningsvis fast: «Medisinsk teknologivurdering fremheves som et uunnværlig hjelpemiddel for å få klarhet i hva slags behandling som nytter, og som det bør satses på.» (9)

2.3.3 Prioriteringer basert på medisinske metodevurderinger

I kapittel 7 beskriver og drøfter Lønning II-utvalget mulige analyseredskaper i prioriteringsdebatten. Her gis systematiske teknologivurderinger bred omtale. For eksempel er Cochrane-oversikter spesifikt omtalt som en viktig kunnskapskilde. Sammen med avsnitt som spesifikt beskriver «metoder for økonomisk evaluering av helsetiltak»ⁱ utgjør beskrivelsen av medisinske teknologivurderinger hele kapittelet om analyseredskaper. Utvalget har valgt å ta inn i rapporten en helsides boks med elementene som inngår i en medisinsk teknologivurdering. Kilden er danske Sundhedsstyrelsen.ⁱⁱ Innholdet i boksen er gjengitt under som figur 1. Det er ingen tvil om at Lønning II forutsatte at medisinske metodevurderinger skulle ligge til grunn for prioriteringer!

Et lite, men artig poeng, er at Lønning-II bare anvender ordet «kunnskapsbasert» i sin rapport en gang. Da er ordet sammenstilt med «praksis» under avsnittet 9.5.3 «Om begrepet retningslinjer». Der står: «Kravet om kunnskapsbasert praksis, målet om mer rettferdig fordeling og målet om kostnadskontroll er, i en moderne helsetjeneste, ikke forenlig med en rent individuell og tilfeldig skjønnsmessig tildeling av ytelser.» Begrepene «kunnskapsbasert helsetjeneste» og «kunnskapsbaserte beslutninger» gjenfinnes ikke i NOUen, formodentlig fordi begrepene ennå ikke var godt etablert.

ⁱ Ulike former for helseøkonomiske evalueringer, slik Lønningutvalget beskriver dem, inngår i dag som et element i medisinske metodevurderinger. Se kapittel 2.4.

ⁱⁱ Sundhedsstyrelsen i Danmark har funksjoner som ligger nær opp til det norske Helsedirektoratet.

Boks 7.1 Elementer i medisinsk teknologivurdering	
Teknologien Anvendelsesområde <ul style="list-style-type: none"> • Hva er indikasjonen for bruk av teknologien? • Er det enighet om indikasjonen? • Hvor mange pasienter dreier det seg om? • Hva er de relevante alternativene? • Dreier det seg om en erstatning eller supplement til eksisterende? Effektivitet <ul style="list-style-type: none"> • Er det dokumentert at teknologien virker? • Virker den bedre enn annen teknologi? • Virker teknologien like godt hos oss? Risikovurdering <ul style="list-style-type: none"> • Er det uønskede virkninger forbundet med teknologien? • Står risikoen for bivirkninger i et rimelig forhold til forventet nytte? Pasienten Psykologiske forhold <ul style="list-style-type: none"> • Skapes det trygghet, ubehag, angst? Sosiale forhold <ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes hverdagen? • Påvirkes arbeidsevnen? Ethiske aspekter <ul style="list-style-type: none"> • Er teknologien akseptabel for den enkelte? • Er teknologien akseptabel for samfunnet? 	Struktur <ul style="list-style-type: none"> • Bør teknologien sentraliseres til få steder? • Er desentralisering mulig? • Endres arbeidsfordelingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten? • Oppstår nye spesialfunksjoner? • Endrer undersøkelseskriteriene seg? Personale <ul style="list-style-type: none"> • Endres arbeidsrutiner? • Endres arbeidsfordelingen mellom faggrupper? • Må personalet videre- eller etterutdannes? • Har teknologien konsekvenser for personalbehovet? Miljø <ul style="list-style-type: none"> • Er det risiko for negative konsekvenser for arbeidsmiljøet? • Er det risiko for negative konsekvenser for omgivelsene? Økonomien Samfunnsøkonomi <ul style="list-style-type: none"> • Hvor store er kostnadene og gevinstene for samfunnet? • Har teknologien økonomiske konsekvenser for pasienten? • Er det gevinster i form av bedre helsestilstand i befolkningen? Driftsøkonomi <ul style="list-style-type: none"> • Hvor store er investerings- og driftsutgiftene? • Oppstår det innsparinger eller inntekter? • Hvem betaler for teknologien? • Har teknologien økonomiske konsekvenser for andre? • Har teknologien økonomiske konsekvenser for pasientene?

Kilde: Sundhedsstyrelsen 1994 (DK)

Figur 2 Fra NOU 1997:18 Prioritering på ny - kapittel 7.2.5

2.4 Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Et foreløpig klimaks i utviklingen av styringssystemer som er basert på systematisk vurdering av effekt og kostnadseffektivitet, er «Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten». Systemet ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-15. (10) Her omtaler departementet et pågående arbeid med å etablere «beslutningsprosesser for innføring av ny og kostbar teknologi og kostbare legemidler, for å etablere en mer enhetlig praksis i de regionale helseforetakene.» Arbeidet er konkretisert i Stortingsmelding 10 (2012-13) «God kvalitet – trygge tjenester». (11) Systemet ble lansert av statsråden på et seminar i departementet 24. januar 2013. (12)

I stortingsmeldingens kapittel 8 om «Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder» skriver departementet innledningsvis (min kursivering): (11)

Det skal legges klarere rammer for utprøving og *innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten* for å sikre faglig forsvarlighet og *riktigere prioritering av ressursene*. De viktigste nasjonale virkemidlene er å *etablere et system for metodevurdering* og etablere et sett av nasjonale prinsipper for utprøvende behandling.

Og videre i kapittel 8.1. om **bakgrunnen** for at systemet innføres:

Ny teknologi og behandlingsmetoder er i mange tilfeller tatt i bruk uten at det er foretatt en systematisk vurdering av om metodene er sikre og effektive. Nytt medisinsk utstyr tas i mange tilfeller i bruk innen kirurgi uten at effekt og sikkerhet er tilstrekkelig testet ut gjennom kliniske studier og deretter kvalitetssikret i klinikken.

Og i kapittel 8.1.2:

Kirurgi er et håndverk som har tradisjon for å prøve ut nye metoder og ny teknologi under rutineoperasjoner. En slik tilnærming kan fungere så lenge det er snakk om mindre endringer, men når prosedyrene skiller seg vesentlig fra den vanlige metoden, er en slik tilnærming problematisk.

Departementet utdyper for øvrig ikke hvorfor dette er problematisk.

I avsnitt 8.3 i stortingsmeldingen beskrives formålet og hovedtrekkene i det nye helhetlige systemet for metodevurderinger.

Om **formålet** med systemet (8.3.1):

Målet er å etablere en mer helhetlig og kunnskapsbasert prosess for innføring av nye metoder til spesialisthelsetjenesten. ... Systemet skal ivareta hensynet til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen og bidra til å sikre en bærekraftig utvikling på lang sikt.

I omtalen av **virkemidler** (8.3.2) bruker departementet operasjonsroboter som eksempel:

Systemet innebærer at spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk internasjonalt anerkjente systemer for metodevurderinger (HTA) for å sikre at beslutningene er basert på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Det er viktig at det skilles mellom vurderings- og beslutningsprosessen. Metodevurderingen skal gjennomføres før det tas nye beslutninger om å innføre nye tiltak eller prosedyrer, nytt medisinsk utstyr, nye legemidler og nye måter å organisere tjenesten på. Tilsvarende vurdering skal gjøre ved utfasing av eksisterende behandlingsmetoder. Det skal gjøres en systematisk

oppsummering og vurdering av metodens effekt og sikkerhet. I tillegg vil det ofte være nødvendig med en vurdering av kostnadseffektivitet, etiske, juridiske og organisatoriske konsekvenser.

Kravene til omfang av metodevurderingen vil avhenge av metoden. For eksempel vil det stilles større krav til metodevurderingen ved *innføring av robotkirurgi enn ved bruk av en ny tråd i operasjonsstuen*. Metodevurderingen skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget. Beslutningsprosessen skal, i tillegg til vurderingen av den spesifikke metoden, bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og ta hensyn til samfunnets og pasientenes preferanser. Metodevurderingene og de øvrige vurderingene i beslutningsprosessen skal være åpne og tilgjengelige for alle som vurderer tilsvarende problemstillinger eller som ønsker å etterprøve vurderingene.

Om **aktørene** i systemet skriver departementet:

De regionale helseforetakene (RHFene), Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), Statens legemiddelverk (SLV) og Helsedirektoratet (HDir) samarbeider om å implementere systemet i spesialisthelsetjenesten. ... Det er behov for samhandling med brukere og pasientorganisasjoner, helsetjenesten i kommunen, innovasjons- og forskningsmiljøer og produsenter av ny teknologi.

2.4.1 Metodevurderinger

I stortingsmeldingen er det fundamentet som systemet hviler på, nemlig metodevurderinger, detaljert beskrevet: ⁱ

Metodevurdering er en systematisk oppsummering og vurdering av tilgjengelig vitenskapelig litteratur. Vurderingen kan omfatte alt fra utstyr og apparatur til undersøkelse og behandling, prosedyrer (medisinsk eller kirurgisk), legemidler, pleie, til organisering av tjenesten og andre intervensjoner. Metodevurderingen innebærer en systematisk oppsummering og vurdering av metodens effekt, sikkerhet og kostnader. Ofte vil det i tillegg bli gjort en vurdering av kostnadseffektivitet, etiske, juridiske og organisatoriske konsekvenser av prosedyrer og utstyr som benyttes for å forebygge, diagnostisere eller behandle sykdom.

ⁱ En metodevurdering er den norske betegnelsen på HTA – Health Technology Assessment. Det var for øvrig ikke lite energi og arbeidskraft som gikk med på å samles om norske navn på de ulike metodevurderingene i det norske systemet.

Aktørene i systemet (RHFene, Kunnskapssenteret, SLV og HDir) har i fellesskap utarbeidet en systembeskrivelse for det nye systemet. (13) Det legges opp til tre ulike nivåer av metodevurderinger, nemlig *mini-metodevurderinger*, som skal utføres på det enkelte helseforetak; *hurtig metodevurderinger*, som skal utføres av Kunnskapssenteret hvis det dreier seg om teknologi, og SLV hvis det gjelder legemidler; og *fullstendig metodevurdering*, som utarbeides av Kunnskapssenteret.

2.4.2 Beslutninger

I systembeskrivelsen har innholdet i og bestillingsprosessen for de ulike beslutningsunderlagene (metodevurderingene) fått mye og detaljert omtale. Hvordan og av hvem beslutningene skal tas, er mindre påaktet. I systembeskrivelsen, som er på 37 sider, har beslutningsprosessen fått en drøy halvsides omtale, der det konkluderes slik:

Beslutninger om innføring av nye metoder vil skje i eksisterende beslutningsstrukturer i de regionale helseforetak. Beslutningsprosessene forankres i sentrale prinsipper for å ivareta god ressursbruk i helsetjenestene, herunder prioriteringskriteriene for vurdering av alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet og likhet i behandlingstilbudet for pasientene.

Hvordan en eventuell intern uenighet mellom RHFene skal håndteres, er uklart. Det er et scenario man kanskje ikke har sett for seg at kan inntreffe. Det er også uklart hvordan beslutninger om innføring og finansiering av teknologi og medikamenter i spesialisthelsetjenesten skal samordnes med innholdet i de nasjonale faglige retningslinjene, som vedtas og gis ut av HDir (avsnitt 2.5.2). I systembeskrivelsen står at «prosessene (beslutningsprosessene i RHFene) må koordineres med beslutninger om implementering i nasjonale retningslinjer og anbefalinger på relevante områder.» Mange ville nok oppfatte dette som lite konkret.

2.5 Øvrig rammeverk for beslutninger og prioriteringer

Nedenfor gjengis noen bestemmelser og elementer fra utvalgte lover, forskrifter, veiledere og retningslinjer, som har relevans når et helseforetak vurderer å anskaffe større utstyr – som en operasjonsrobot. Lista er på ingen måte fullstendig.

2.5.1 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven med prioriteringsforskriften

Pasient- og brukerrettighetsloven (tidligere bare lov om pasientrettigheter) er sentral blant annet fordi den hjemler prioriteringsforskriften (se under). (14;15) Loven slår i § 2.1b andre ledd fast at «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder *bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt*» (min kursivering).

Prioriteringsforskriften ble vedtatt ved kongelig resolusjon 1. desember 2000 og bygger blant annet på arbeidet i Lønning II-utvalget. I § 2 i forskriften står:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

For mange tilstander vil det foreligge mange alternative behandlingsformer, hvorav noen er mer kostnadseffektive enn andre. I norsk helsetjeneste er det tradisjon for å vurdere ulike tiltak opp mot hverandre, slik at om et tiltak skal gis prioritet etter bestemmelsene over, må den «mereeffekten» man ser av det dyreste tiltaket, stå i et rimelig forhold til merkostnadene.ⁱ Det var akkurat dette forholdet seniorrådgiver Guri Snøfugl reflekterte over da hun mottok forslag om å øke taksten for gitte operasjoner fordi roboter var tatt i bruk (se innledningen).

Spesialisthelsetjenesteloven

I Spesialisthelsetjenesteloven sies det i § 2.1a første ledd at de regionale helseforetakene skal sørge for å tilby en definert befolkning spesialisthelsetjeneste. (16) I Helsedirektoratets nyeste kommentarutgave til spesialisthelsetjenesteloven er «sørge-for-ansvaret» til RHFene etter denne paragrafen utdypet (min kursivering): (17) «De regionale helseforetakene har ansvar

ⁱ Se også 2.5.3 om Helsedirektoratets presisering av valg av relevant komparator ved økonomisk evaluering.

for at det innenfor rammen av tildelte ressurser gis faglig forsvarlige helsetjenester som dekker behovet til befolkningen i regionen. De regionale helseforetakene skal sørge for at *de alminnelige prinsippene for prioritering av helsetjenester følges i spesialisthelsetjenesten*. Det stilles krav til *behovsanalyser og planlegging* for å sikre befolkningens rett til forsvarlige spesialisthelsetjenester.»

Helseforetaksloven

I § 2a i Helseforetaksloven står: «Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.» (18) Videre er det bestemmelser om eierstyringslinjen, vedtektsfastsettelse med mer, som er relevante for problematikken, men som ikke drøftes eksplisitt i oppgaven.

2.5.2 Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet er Helse- og omsorgstjenesteloven § 12.5 gitt i oppgave å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten.» (19) Om de nasjonale retningslinjene skriver HDir på sin hjemmeside at de blant annet skal bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenesten skal gjøre riktige prioriteringer. Innenfor kreftområdet utgir HDir Nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer.ⁱ

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med prostatakreft

Dette handlingsprogrammet ble sist revidert 13. september 2013 og trekkes fram spesielt, siden operasjonsrobotene i Norge hovedsakelig har blitt brukt til operasjoner for prostatakreft. I den nyeste revisjonen av handlingsprogrammet står følgende om bruk av operasjonsrobot:

Robotassistert laparoskopisk prostatektomi (RALP) har de siste 5 årene hatt økende popularitet i USA og i store deler av Europa. Halvparten av alle radikale prostatektomier gjøres pr i dag med denne teknikken i vår del av verden. Man beholder alle fordelene med laparoskopisk tilgang og får hjelp av avansert utstyr som

ⁱ Det er ikke klart hvorfor det er brukt en annen terminologi akkurat innenfor kreftområdet.

har ført til redusert læringskurve og kortet ned på operasjonstid. Ulempen er høye kostnader ved hvert inngrep.

Handlingsprogrammet var nylig revidert også da prioriteringsrådet behandlet saken om robotkirurgi høsten 2012 (se innledningen). Teksten i foreliggende revisjon er uendret fra den versjonen som forelå da.

2.5.3 Øvrige relevante styringsdokumenter

Gavedirektivet for helseforetakene

I foretaksprotokollen til Helse Sør-Øst RHF fra februar 2007 ble det stilt følgende eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet (min kursivering): (20)

Helse Sør-Øst RHF skal etablere rutiner for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond som tilgodeser formål knyttet til spesialisthelsetjenesten eller driver virksomhet i forbindelse med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Rutinene skal være gjennomgående for helseforetaksgruppen og sikre at helseforetakene benytter de muligheter de har til å ivareta sine interesser i styring av stiftelsene, herunder sikre at forvaltning av stiftelsene oppfyller de krav stiftelsesloven stiller. Rutinene skal særskilt behandle foretakenes rolle som mottager av midler fra stiftelser og legater, *slik at ikke utenforstående aktører får innflytelse på foretaket på bekostning av foretakets ledelse*. Overføring av midler fra foretaksgruppen til stiftelser, legater eller fond skal bare finne sted dersom det foreligger vesentlige grunner som av hensyn til foretakenes interesse tilsier det.

Samtlige regionale helseforetak fikk likelydende krav fra departementet. Arbeidet var imidlertid ikke slutført nær ett år seinere, og Helse Sør-Øst RHF fikk derfor i foretaksmøtet 24. januar 2008 et spesifikt oppdrag med å igangsette et samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene med sikte på å etablere overnevnte rutiner. De regionale helseforetakene utarbeidet så i fellesskap gjennomgående og likelydende «Retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser og legat» (vedlegg 4). 18. september samme år oversendte Helse Sør-Øst RHF retningslinjene til departementet og skrev i sitt oversendelsesbrev at:

Dette innebærer at retningslinjene vil gjelde for samtlige av helseregionens foretak, og skal legges til grunn for etablering og videreføring av samarbeid med stiftelser og legater, mottak av gaver og donasjoner fra stiftelser og legater, samt andre utenfor spesialisthelsetjenesten, herunder privatpersoner og kommersielle virksomheter.

Retningslinjene inneholder strenge rutiner for aksept og mottak av gaver. Der står blant annet:

Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom helseforetak, eller som har konsekvens for investeringsplan, skal behandles i styret i RHF før de aksepteres.

Videre lister dette såkalte gavedirektivet opp en rekke forhold og mulige konsekvenser som skal være vurdert innen foretaket mottar en gave. I denne sammenhengen nevnes spesielt at konsekvenser for strategier og prioriteringer inngår i lista.

Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak

Veilederen ble publisert i november 2012 etter en meget omfattende og langvarig prosess.

(21) Veilederen belyser helseøkonomiske analyser som redskap for beslutninger og prioriteringer i helsetjenesten.

Flere momenter fra veilederen er relevante for denne oppgaven, og jeg velger særlig å trekke fram punkt 2.4 «sammenlikningsalternativer». Der tar HDir til orde for at det bør legges mye arbeid i å vurdere hva som er det relevante sammenlikningsgrunnlaget når man skal vurdere om kostnadene ved et tiltak står i et rimelig forhold til forventet nytte. Direktoratet skriver: «Som en hovedregel bør et nytt tiltak sammenliknes med det eller de alternativene som mest sannsynlig erstattes dersom det nye tiltaket iverksettes i Norge. Et nytt tiltak bør derfor sammenliknes med relevante etablerte tiltak i Norge dersom dette finnes.»

For den teknologien som denne oppgaven dreier seg om, nemlig robotassistert kirurgi, vil det mest åpenbare alternative å sammenlikne med, være operasjoner utført uten robot. Men det er ikke hele sannheten. Som det blir beskrevet i kapittel 6 i oppgaven, er det holdepunkter for at innføringen av operasjonsrobot i seg selv endrer praksis og påvirker både indikasjon for og valg av behandlingsform. I så fall blir ikke det relevante sammenlikningsgrunnlaget i en samfunnsøkonomisk analyse like enkelt å definere.

Utredningsinstruksen

Utredningsinstruksen har til hensikt å sikre kvalitetssikre utredning og saksbehandlingen i statlige organer. Den ble vedtatt ved kongelig resolusjon i 2000 og revidert i 2005. (22)

Om hensikten med instruksen skriver Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) i forordet (min kursivering): «Bestemmelsene tar særlig sikte på at økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av reformer og tiltak blir kartlagt. Dette er viktig for å vurdere hva ulike forslag vil koste staten og samfunnet, og for å kunne forberede gjennomføringen av reformene på en best mulig måte.»

Instruksen ivaretar dette formålet ved at den:

- gir pålegg om at de økonomiske og administrative samt andre vesentlige konsekvenser skal utredes
- har bestemmelser som skal sikre at den instans som har ansvaret for saken, utreder alle relevante og vesentlige konsekvenser, og at berørte instanser og offentligheten trekkes inn i beslutningsprosessen før beslutning fattes.

Om instruksens virkeområde (punkt 1.2., 1. og 2. ledd):

Utredningsinstruksen gjelder arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, reformer og tiltak samt proposisjoner og meldinger til Stortinget.

Instruksen gjelder for det utredningsarbeid som utføres i eller på oppdrag for statlige forvaltningsorganer, dvs. departementer, direktorater og andre underliggende virksomheter.

Virkeområdet for utredningsinstruksen ser altså i utgangspunktet *ikke* ut til å omfatte helseforetakene eller de regionale helseforetakene. Derfor er det litt underlig at den har med en unntaksbestemmelse om helseforetakene, nemlig i punkt 2.4.6 «Kvalitetssikre større investerings- og anskaffelsesprosjekter». Dette punktet gjelder investeringer over 500 millioner kroner og ville derfor uansett ikke vært relevant for den teknologien som studeres i denne oppgaven.ⁱ Men ved at FAD presiserer at én bestemmelse spesifikt *ikke* gjelder for helseforetakene, ser man jo for seg at resten av instruksen gjør det. Jeg har kontaktet Helsedepartementets eieravdeling og forespurt om departementet i sin eierstyring av de regionale helseforetakene eksplisitt har vektlagt utredningsinstruksen, men har ikke fått det

ⁱ En operasjonsrobot koster rundt 23 millioner kroner. Se kapittel 2.6.3.

bekreftet. I foretaksprotokollene har jeg heller ikke funnet henvisninger til denne. Bestemmelsene i utredningsinstruksen om konsekvensutredning og vurdering av alternative løsninger kan like fullt leses som sunne og allmenngyldige prinsipper å ta hensyn til når man forvalter økonomiske midler på vegne av fellesskapet.

Forskrift om offentlige anskaffelser

Denne forskriften er hjemlet i lov om offentlige anskaffelser. (23;24) Formålet beskrives slik (min kursivering): «Forskriften skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Forskriften skal også bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at *offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.*»

Forskriften er inndelt i flere deler etter verdien på anskaffelsen. Del 1 inneholder bestemmelser som gjelder alle anskaffelser. Her står blant annet § 3.2. 1. og 2. ledd:

Oppdragsgiver skal føre protokoll for anskaffelser som overstiger 100.000 kroner ekskl. mva.

Protokollen skal beskrive alle vesentlige forhold og viktige beslutninger gjennom hele anskaffelsesprosessen.

Forskriften inneholder i tillegg detaljerte bestemmelser om konkurransegrunnlag og anbudsinnhenting. Disse var ikke relevante for operasjonsrobotene, for det fantes bare en leverandør og dermed ingen konkurransesituasjon.

2.6 Teknologien

2.6.1 Operasjonsroboten da Vinci

Prototyper for operasjonsroboter har vært utviklet fra slutten av 80-tallet og har vært testet for ulike formål blant annet innen hjerte- og nevrokirurgi. Operasjonsroboten Da Vinci, som er tema for denne oppgaven, ble godkjent av FDAⁱ i år 2000 til bruk for enkelte laparoskopiskeⁱⁱ

ⁱ FDA, Food and Drug Administration, er godkjenningmyndigheten i USA for legemidler og medisinsk utstyr. FDA legger vekt på *sikkerhet* for pasientene, men vektlegger ikke effekt og særskilt ikke kostnadseffektivitet når legemidler og utstyr godkjennes.

ⁱⁱ Laparoskopi omtales på norsk som kikkeshullskirurgi. Se også avsnittet 2.6.2 om alternative kirurgiske teknikker.

inngrep innen gynekologi og gastrokirurgi, og i 2001 ble listen utvidet med laparoskopiske prostataoperasjoner. I Norge ble teknikken tatt i bruk i 2005, og samme år tok bruken seg opp på verdensbasis.

Hvordan utføres en robotassistert operasjon?

De kirurgiske instrumentene og et kamera føres inn i pasienten, som ved konvensjonell laparoskopi. I motsetning til ved konvensjonell laparoskopi, der kirurgen selv holder i instrumentarmene og beveger disse direkte, er de kirurgiske instrumentene festet ved hjelp av hendler til lange robotarmer. Kirurgen sitter ved en konsoll og styrer robotarmene, på samme måte som ved spillkonsoller (f. eks play-station). Kirurgens bevegelser blir filtrert av en datamaskin, og det bidrar til presise og stødige bevegelser av instrumentene inne i pasienten. Fleksibiliteten i styringen gjør også at man enklere kommer til på trange og vanskelige steder, som f. eks helt nederst i bekkenet, der prostatakjertelen ligger. Kirurgen sitter gjerne et stykke fra pasienten, men i samme operasjonssal.ⁱ Samtidig som kirurgen beveger instrumentene, får han en tredimensjonal framstilling av operasjonsfeltet med klare bilder med stor forstørrelse.

Leverandør av operasjonsroboter

Roboter til kirurgisk assistanse har vært utviklet av flere konkurrerende selskaper, men disse har fortløpende blitt kjøpt opp gjennom en meget aktiv oppkjøpspolitikk fra firmaet Intuitive Surgical. Dette firmaet har i praksis hatt monopol på verdensbasis på operasjonsroboter. Intuitive Surgical har solgt over 2800 Da Vinci-roboter hvorav langt de fleste i USA. (25)

Bruk av operasjonsroboter

I Norge er operasjonsrobotene primært tatt i bruk av urologer for laparoskopisk fjerning av prostatakjertelen ved kreft (prostatektomier). Etter hvert har urologene benyttet robotene også til andre operasjoner, først og fremst til fjerning av hele eller deler av nyren ved nyrekreft. Gynekologene og i noe mindre grad gastrokirurgene har også tatt roboten i bruk de fleste steder. På verdensbasis brukes robotene minst like hyppig av gynekologer som av urologer, og de brukes også i noen grad innen andre kirurgiske spesialiteter enn de tre nevnte.

ⁱ I prinsippet kunne kirurgen sittet svært langt unna pasienten under operasjonen – sågar i et annet land!

2.6.2 Alternative kirurgiske teknikker

Tradisjonelt har kirurgi blitt utført gjennom snitt i huden, som er store nok til at man har fått direkte oversikt over hele operasjonsfeltet og har kunnet føre hender og kirurgiske instrumenter inn i pasienten. Prostatakjertelen har f. eks blitt fjernet ved et hudsnitt fra navlen og ned, mens nyreoperasjoner har blitt utført gjennom et langt tverrgående snitt i flanken.

En stor omveltning skjedde med deler av kirurgifaget da laparoskopi (kikkehullsteknikk) ble utviklet. Denne metoden ble introdusert i noe omfang i helsetjenesten omkring 1990.

Gynekologene var mange steder pionerer innenfor laparoskopi, men gastrokirurgene tok også raskt teknikken i bruk. For enkelte operasjoner, som fjerning av galleblæren, har laparoskopi fullstendig revolusjonert pasientforløpet: Mens en pasient som tidligere fikk operert vekk galleblæren med åpen tilgang, opplevde betydelige smerter og ubehag etter operasjonen og regelmessig var innlagt på sykehus i minst en uke, gjøres dette inngrepet i dag utelukkende laparoskopisk og mange steder rutinemessig som et dagkirurgisk inngrep. (26) Fordelene ved overgang fra åpen til laparoskopisk kirurgi er knyttet til mindre vevsskade under operasjonen. Det postoperative forløpet blir enklere, og liggetida på sykehuset ofte vesentlig kortere.

Urologene har i mindre grad enn gynekologene og gastrokirurgene tatt konvensjonell laparoskopi i bruk, selv om inngrep på prostata burde ligge like godt til rette for teknikken som inngrep på livmor og nedre del av tarm. Årsaken til dette er ikke helt klar; noen hevder at det skyldes at prostatakjertelen sitter såpass vanskelig til at man ikke får god nok tilgang med laparoskop, mens andre - som noen av mine informanter - mener det kanskje heller dreier seg om faglige tradisjoner. I de oppdaterte nasjonale retningslinjene for behandling av prostatakreft står det følgende om laparoskopi: « ...Fordelen er mindre snitt og bedre visualisering av strukturene. Ulempen er vanskelig teknikk og lang læringskurve for kirurgen og ofte lang operasjonstid. Teknikken er i dag forlatt i Norge.»

Hva enn årsaken er til at urologer - i hvert fall i Norge - i liten grad opererer konvensjonelt laparoskopisk, så er det internasjonalt gjort færre studier som sammenlikner effekt av robotassistert kirurgi med konvensjonell laparoskopi enn med åpen kirurgi.

2.6.3 Kunnskapsgrunnlaget for robotkirurgien

Da prioriteringsrådet utredet saken om robotkirurgi i 2012, forelå det to nyere medisinske metodevurderinger av teknologien, begge publisert høsten 2011. En kom fra det kanadiske

HTA-senteret, CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) og en fra det irske HTA-senteret, HIQA (Health Information and Quality Authority). I saksutredningen for prioriteringsrådet ble den kanadiske rapporten lagt til grunn. Den ble bearbeidet av Kunnskapssenterets og publisert i form av en formidlingssak.ⁱ (27) Årsaken til at man primært refererte til den kanadiske rapporten framfor den irske, var at den kanadiske var noe mer omfattende og inkluderte flere utfall. For øvrig ble det kommentert i formidlingssaken at resultatene fra de to rapportene i all hovedsak var sammenfallende.

Den kanadiske rapporten hadde vurdert effekten av robotassistert kirurgi mot åpen kirurgi og konvensjonell laparoskopi ved flere typer inngrep, men i den norske formidlingssaken ble bare resultatene for prostatektomier kommentert. Det passer utmerket for denne oppgaven, all den tid det er til dette inngrepet robotene primært har blitt anskaffet i Norge.

Jeg har for øvrig ikke funnet nyere metodevurderinger eller andre former for oppsummerte forskningsrapporter om effekt av robotkirurgi ved prostatektomier, men enkeltstudier har blitt publisert, og en norsk studie fra Aker som sammenlikner robotassistert og konvensjonell laparoskopi kommenteres lenger ned. (28)

Den kanadiske rapporten baserte seg på 51 studier, hvorav 40 sammenliknet robotassisterte operasjoner med åpen kirurgi, ni med konvensjonell laparoskopi og to med begge. Alle studiene var observasjonsstudierⁱⁱ, og drøyt halvparten av studiene var retrospektive og til dels med historiske kontrollgrupperⁱⁱⁱ. Studiene som inngår i metodevurderingen, vurderes av denne grunn til å ha lav kvalitet. En følge av det er at Kunnskapssenteret i sin formidlingssak gjennomgående kommenterer effektestimaterne slik: «Vår tiltro til resultatene er (svært) lav da dokumentasjonen baserer seg på observasjonsstudier av lav til middels metodologisk kvalitet.» Uansett metodologiske svakheter representerer den kanadiske (og den irske) metodevurderingen den beste effektdokumentasjonen som er tilgjengelig.

ⁱ En formidlingssak er en norsk omtale av nye forskningsoversikter fra andre land, eventuelt med tilleggsopplysninger om norske forhold. (<http://www.kunnskapssenteret.no/hva-kan-vi-tilby/omtaler-av-forskningsresultater> 14.10.2013)

ⁱⁱ Dette i motsetning til randomiserte kontrollerte blindede studier, som er det foretrukne designet i hvert fall når Cochrane- metodikk legges til grunn for oppsummeringen av forskningsresultatene.

ⁱⁱⁱ Bruk av historiske kontroller vil kunne påvirke resultatene av andre årsaker enn det man studerer effekten av. F. eks kan andre rammebetingelser eller andre deler av det kirurgiske forløpet ha endret seg.

Resultater fra metodevurderingen – effekt av robotkirurgi på ulike endepunkter

Tabellene under er hentet fra saksframlegget for prioriteringsrådet, og de baserer seg på formidlingssaken fra Kunnskapssenteretⁱ.

Tabell 1 – robotassistert kirurgi sammenliknet med åpen kirurgi:

Endepunkt	Resultat
Operasjonstid	38 minutter mer med robot
Liggetid sykehus	1,5 dager mindre med robot
Positive marginer (alle stadier)	Ingen signifikant forskjell
Komplikasjoner	Ingen signifikant forskjell, men trend i favør av robot
Blodtap	470 ml mindre blodtap med robot
Urinkontinens (12 mnd)	6 % flere urinkontinente med robot
Seksuell funksjon (12 mnd)	55 % flere fornøyde ift seksuell funksjon med robot

Tabell 2 – robotassistert kirurgi sammenliknet med konvensjonell laparoskopi:

Endepunkt	Resultat
Operasjonstid	23 minutter mindre med robot
Liggetid sykehus	0,8 dager mindre med robot
Positive marginer (alle stadier)	Ingen signifikant forskjell
Komplikasjoner	Ingen signifikant forskjell
Blodtap	90 ml mindre blodtap med robot
Urininkontinens (12 mnd)	Ingen signifikant forskjell

Ingen av de sykehusene jeg har gjort intervjuer på, hadde etablert laparoskopi som metode før roboten ble tatt i bruk. Derfor kommenterer jeg primært resultatene i tabell 1. Ved å ta roboten i bruk blir operasjonstida litt lenger, men liggetida på sykehus blir kortere. Det blir mindre blodtap under operasjonen. To av de bivirkningene av prostataoperasjoner som pleier å bekymre pasientene, er urinlekkasje og potensproblemer. Begge utfallene ser ut til å være redusert ved bruk av robot sammenliknet med åpen kirurgi, men forskjellen når det gjelder urinlekkasje er liten.

En viktig indikator på hvor vellykket operasjonen er med hensyn til å bli kurert for kreftsykdommen, er frie operasjonsrender eller såkalte positive marginraterⁱⁱ. Prostatakreft er

ⁱ Signifikansnivået er på 0,05, som betyr at det er mindre enn 5 % sjanse for at det observerte resultatet skyldes en tilfeldighet gitt at det egentlig *ikke* er noen forskjell mellom gruppene. Det er altså mer enn 95 % sjanse for at den virkelige forskjellen er minst så stor som det man har påvist i studien.

ⁱⁱ Det vil si at det ikke foreligger kreftceller i en viss avstand fra kanten av det preparatet som er fjernet.

delt opp i ulike stadier. For ett av disse stadiene – pT2 – var det en tendens til flere operasjoner med frie render ved bruk av robot enn ved åpen kirurgi, men forskjellen var liten. Når man slo sammen alle stadiene, var det ingen forskjell mellom gruppene i antall med frie operasjonsrender.

Det er ikke publisert resultater for tilbakefall eller spredning av kreft eller for langtidsoverlevelse. Dette er forhold som i større grad ville si noe direkte om bruk av robot har en tilleggseffekt ved behandling av prostatakreft utover åpen kirurgi.

Kostnader og kostnadseffektivitetsvurderinger

Basert på informasjon innhentet om de norske anskaffelsene, ser prisen for en ny robot ut til å være rundt 20-25 millioner kroner. Dette inkluderer ofte en serviceavtale de første årene.

I den kanadiske HTA-rapporten inngikk en helseøkonomisk analyse, der man sammenliknet robotassistert prostatektomi med laparoskopi og med åpen kirurgi. Fordi det ikke forelå vesentlige forskjeller mellom gruppene med hensyn til dødelighet, sykelighet, livskvalitet og tilbakefall, lot en tradisjonell kostnadseffektivitetsanalyse seg ikke gjøre. I stedet ble det gjort en kostnadsminimeringsanalyse, der man antok at effekten av de ulike operasjonsmåtene var lik. Sammenliknet med åpen operasjon gir robotkirurgi en merkostnad på rundt 23 000,- kroner pr inngrep, mens i forhold til et konvensjonelt laparoskopisk inngrep er merkostnaden rundt 28 000,- kroner. Den irske rapporten konkluderer med en merkostnad i samme størrelsesorden. Merkostnadene er knyttet til investering i robotenⁱ, dyrere engangsutstyr, opplæring av personale og lengre operasjonstid. Det ser ut til at besparelser som følger av kortere liggetid på sykehuset, er regnet med i analysen, selv om dette bare er indirekte uttrykt i den norske formidlingssaken.

Andre metodevurderinger utført eller bestilt i Norge

Kunnskapssenteret publiserte i juni 2006 et notat med tittel Robotassistert kirurgi ved prostatakreft. (29) Bestiller var Sykehuset Telemark HF, og utredningen ble gjort som et såkalt hasteoppdrag. Ingen randomiserte kontrollerte studier ble identifisert, mens det ble funnet og inkludert tre observasjonsstudier, som alle var publisert før desember 2004. Studiene sammenliknet effekten av robotkirurgi med åpen kirurgi. Med forbehold om at studiene var få og små og av dårlig metodologisk kvalitet konkluderte Kunnskapssenteret med

ⁱ Nedskrivningstida er satt til sju år.

at det ikke var forskjell på metodene med hensyn til operasjonstid eller positive marginer i preparatene, at det var mindre blodtap ved robotkirurgi, og at det var rapportert færre tilfeller med nedsatt seksualfunksjon eller urinkontinens etter robotkirurgi. Den publiserte litteraturen som sammenliknet robotassistert med konvensjonell laparoskopi, var for sparsom i 2006 til at man kunne konkludere med noe som helst om effekter.

I september 2010 leverte Universitetssykehuset Nord-Norge HF en hastebestilling til Kunnskapssenteret om effekten av robotassistert prostatektomi sammenliknet med konvensjonell laparoskopi. Denne ble ikke utført. Se for øvrig kapittel 5.7.1.

Helse Vest RHF begynte å gjøre en mini-metodevurderingⁱ av robotteknologi, men denne ble ikke publisert. Den er omtalt i kapittel 5.4.6.

En artikkel fra Aker sykehus publisert i 2013 kommenteres spesielt. (28) I den sammenliknes livskvaliteten hos pasienter som har blitt operert for prostatakraft med konvensjonell laparaskopi *før* 2007 med pasienter som har blitt operert med robot *etter* 2007. Det var ingen forskjell på generell livskvalitet, urinkontinens eller seksuell funksjon vurdert ved ulike skåringskjemaer 36 måneder etter operasjonen.

2.6.4 Status for robotteknologien i de øvrige nordiske landene

Gjennom et nordisk samarbeidsprosjekt som jeg har deltatt i, har jeg fått innsikt i status for operasjonsrobotene i de øvrige nordiske landene. Opplysningene er oppdatert i juni 2013.

Sverige: De ulike landstingene, som er ansvarlig for helsetjenesten i länenene, er i enda større grad enn de norske RHFene selvstendige organer. Det fins 18 operasjonsroboter, som er ulikt fordelt mellom de ulike länenene. De nasjonelle retningslinjene for behandling blant annet av prostatacancer ble oppdatert etter en litteraturgjennomgang i 2012. Konklusjonen var at det vitenskapelige grunnlaget var begrenset eller utilstrekkelig for effekten av robotkirurgi. Det ble vist til en helseøkonomisk analyse utført i et av länenene, hvor man fant at merkostnadene ved robotassistert fjerning av livmoren (selve inngrepet) var rundt 17 000,- skr sammenliknet med andre kirurgiske teknikker, og at besparelsen pga. kortere sykehusopphold var rundt 6000,- skr sammenliknet med åpen kirurgi - mindre når man sammenliknet med tradisjonell laparaskopi.

ⁱ Mini-metodevurdering – eller mini-HTA – er et av produktene i det nye nasjonale systemet for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten - <http://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering>. Mini-metodevurderinger skal gjøres på den enkelte avdeling eller helseforetak og er ment å være mindre omfattende enn en nasjonal metodevurdering. Kostnadsanalyser skal inngå, men ikke kost-nytte-analyser.

Finland: Fem operasjonsroboter er tatt i bruk, og innføringen har ikke vært koordinert nasjonalt. Den finske HTA-organisasjonen publiserte i 2012 en HALO-rapport (Kontrollerad upptagning av medicinska metoder i specialiserad sjukvård) om hysterektomi (fjerning av livmor) med robotkirurgi. (30) Hovedkonklusjonen var at det i litteraturen fantes svært lite dokumentasjon av god kvalitet om effekter av robotkirurgi. Rapporten konkluderer videre med at en hysterektomi koster 1,6-3 ganger mer med robot enn om alternative kirurgiske teknikker anvendes. I de finske retningslinjene står at robotkirurgi er et alternativ ved prostatakreft, men ikke noen anbefaling om bruken.

Danmark: Det er tatt i bruk 10-12 operasjonsroboter, og det ser ikke ut til å foreligge noen nasjonal plan for innføring eller foreligge noen nasjonale metodevurderinger eller helseøkonomiske vurderinger i forkant.

Island: Operasjonsroboter er ikke tatt i bruk.

3 Teori

Det fins mye litteratur om hva som former beslutninger, både på individnivå og i organisasjoner. Jeg hadde lite forkunnskaper om temaet og gjorde et utvalg av litteratur basert blant annet på råd fra venner med større innsikt i tematikken. Jeg har anvendt utvalgte kapitler fra to bøker, nemlig James G March's «A Primer on Decision Making – How Decisions happen» (31) og Linda Lai «Dømmekraft». (32) Hovedsakelig har jeg lagt Lai framstilling til grunn. Det skyldes at hennes relativt virkelighetsnære tilnærming ga umiddelbar hjelp til å forstå hva som har blitt vektlagt i de beslutningene jeg har studert.

Linda Lai hevder at mye av forskningen omkring beslutningspsykologi tar sikte på å identifisere og analysere avvik mellom normative modeller på den ene siden og faktiske vurderinger og beslutninger på den andre. Videre hevder hun at ulike beslutninger bygger på ulike former for rasjonalitet. For å kunne forstå de beslutningene som helseforetakene hadde tatt omkring robotanskaffelsene, forsøkte jeg å få et visst innblikk i deler av teorien om ulike former for rasjonalitet.

3.1.1 Ulike former for rasjonalitet

Med rasjonelle beslutninger tenker man i dagligtalen gjerne på noe som er basert på fornuft – i motsetning til på emosjoner. Å være rasjonell, skriver Linda Lai, likestilles gjerne med å tenke logisk og systematisk, mens det å la følelsene styre, oppfattes som irrasjonelt.

Den formelle definisjonen av rasjonalitet er ifølge Linda Lai:

Evnen til å maksimere forventet nytte i en beslutningssituasjon der man står overfor flere handlingsalternativer.ⁱ

En rasjonell beslutning etter denne definisjonen vil altså være å velge den løsningen som er best egnet for å oppnå definerte mål og tilfredsstillende egne interesser («nytte») ut fra de mulighetene man har. Dette perspektivet ligger til grunn for tradisjonelle beslutningsmodeller - optimeringsmodeller - blant annet innen økonomi.

ⁱ Linda Lai: Dømmekraft. 1999 (7. opplag), s 20.

Formell (full) rasjonalitet = optimering

Som nevnt tar optimeringsmodeller sikte på at den løsningen som besluttes, skal maksimere nytten av noe. I rendyrket forstand bygger optimeringsstrategier på svært strenge forutsetninger: Beslutningstakeren må ha klare og entydige mål, som kan uttrykkes som preferanser. Preferansene må være innbyrdes konsistente og rangerte. Det må foreligge fullstendig informasjon om alle alternativene, slik at man kan anslå forventet nytte av hvert enkelt av disse. Beslutningen, som dermed blir valg mellom kartlagte alternativer, må skje utelukkende på bakgrunn av de forhåndsdefinerte preferansene.

Rendyrkede optimeringsmodeller er mer en teori enn noe som er gjennomførbart i praksis. De strenge forutsetningene lar seg oftest ikke oppfylle. Man har for eksempel som regel ufullstendig informasjon om alle tenkelige alternativer, og våre preferanser er ustabile over tid og mellom de ulike deltakerne i beslutningen. I praksis vil derfor alltid beslutninger bygge på noen grad av begrenset rasjonalitet.

Begrenset rasjonalitet

Begrepet «begrenset rasjonalitet» eller «limited rationality» er sentralt innen beslutningspsykologi og har som utgangspunkt at rasjonalitet – både på individ- og gruppenivå - må forstås ut fra de begrensningene man faktisk står overfor. Man kan simpelthen ikke vurdere alle mulige tenkelige alternativer, men må nøye seg med noen få utvalgte. Et gjenstående spørsmål er hvor langt man kan tillate seg å forenkle situasjonen og analysen.

Innenfor *praktisk* prioritering er denne problemstillingen gjenkjennelig. Man snakker f. eks ofte om «alternativkostnaden», som betegner hva man kunne brukt ressursene på i stedet for det tiltaket man vurderer. I teorien vil alternativkostnaden representere et uendelig antall mulige tiltak, men man analyserer, vurderer og trekker som regel fram bare noen, og da gjerne tiltak som har noenlunde den samme avgrensningen som det aktuelle tiltaket (samme pasientgruppe, innenfor samme helseforetak osv.). Det er et problem, skriver Lai, at vi har en tendens til å overforenkle og se færre alternativer enn de vi egentlig hadde og kunne være tjent med. Vi ser altså ikke at vi har gode valgmuligheter som vi kanskje burde ha vurdert. Dette er en relevant innvending innen praktisk prioritering.

Innunder begrepet begrenset rasjonalitet trekker Lai fram en rekke andre rasjonalitetsbegreper. Jeg kommenterer to, nemlig intuitiv rasjonalitet og posteriorirasjonalitet, som begge er relevante for de beslutningene jeg har studert.

Intuitiv rasjonalitet

Linda Lai viser her til samfunnsviteren og økonomen Herbert Simon. Mange vellykkede beslutninger, innsikter og nyvinninger, skriver hun, har vært grunnet på ren intuisjon. Intuisjon er egentlig ikke noe annet enn automatisk og ubevisst bruk av den store kunnskapsmengden vi alle sitter inne med, og som vi har ervervet over tid. Når vi gjør bruk av denne kunnskapen i nye situasjoner og på en ubevisst måte, fortolker vi det gjerne som intuisjon. Alle har intuisjon, skriver Lai, og alle foretar intuitive vurderinger. Alle intuitive vurderinger er imidlertid ikke like gode.

Basert på Simon drøfter Lai også emosjoner i tilknytning til vurderinger og beslutninger. Tankeprosesser og følelser kan ikke klart skilles fra hverandre. Emosjoner spiller en stor rolle blant annet for hva vi gir oppmerksomhet til og er viktige for mange beslutninger, f. eks kjøpsbeslutninger. De er vanskelig å begrunne kjøp av kostbare luksusartikler ut fra den *nytt* vi får av f. eks et Rolexur eller en dyr parfyme. Slike kjøpsbeslutninger, sier Lai, er gjerne *styrt* av følelser, men ikke bare det – resultatet kan være at man *kjøper* seg en følelse.

Posteriorirasjonalitet

Posteriori-rasjonalitet eller «etter-rasjonalitet» dreier seg om å fortolke adferd *etter* en handling med sikte på å avdekke hvilke (ubevisste) intensjoner som har ligget til grunn. Dette er ikke det samme som å oppkonstruere forklaringer på en handling. Lai belyser dette med et eksempel: «Spør man en person som har kjøpt seg et uhyre dyrt luksusprodukt, om hvorfor, vil man gjerne få all verdens gjennomtenkte og tilsynelatende rasjonelle argumenter. Men kanskje er det behovet for selvhevdning eller for å være bedre enn naboen som er de egentlige beveggrunnene. Og forsøker man å peke på det, vil vedkommende benekte det – eller rett og slett bli forbannet.»

Spill

De beslutningene som er studert i denne oppgaven - hvorvidt et helseforetak skal kjøpe/ta i mot en operasjonsrobot eller ikke - er typisk en beslutning som ikke tas av enkeltindivider, men av en gruppe (som helseforetakets styre eller ledergruppe). Aktørene i beslutningen kan være i direkte konkurranse med hverandre, og spill – eller spillrasjonalitet, som Lai benevner det, handler nettopp om å være i stand til å tilfredsstille egne interesser i en slik situasjon. Hun bruker eksempler fra budrunder, lønnsforhandlinger og konkurranse om markedsandeler. Jo

bedre løsningen blir for én part, dess verre blir det for den andre parten. Når man konkurrerer om markedsandeler eller oppdrag, er målene og preferansene de samme, men ikke nødvendigvis delte. Det samme kan sies om investeringer i kostbart utstyr på et helseforetak. Om én klinikk får nytt utstyr, vil det kunne gå ut over andres muligheter til å få det samme. I slike situasjoner tyr man til ulike virkemidler for å tilfredsstille sine egne, snevre interesser. Da benyttes gjerne taktikk og ulike former for spill, informasjon holdes tilbake, og man inngår gjerne ulike former for koalisjoner.

I en beslutning tatt av flere aktører, vil det nærmest alltid være ulike grader av spill involvert mellom aktører som hver for seg og samlet må forutsettes å handle med ulike grader av begrenset rasjonalitet.

4 Metode

4.1 Utvalg og forberedelser

Jeg har intervjuet seks sentrale informanter – en ved hvert av de helseforetakene (med unntak av Oslo universitetssykehus) som har operasjonsrobot.

For å orientere om prosjektet og få hjelp til å finne de beste informantene sendte jeg ved oppstart av prosjektet et brev stilet til fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene og de sju foretakene som hadde operasjonsroboter (vedlegg 1). Jeg fikk svar tilbake fra alle helseforetakene - til dels med hyggelige påtegninger og løfter om hjelp og bistand - unntatt fra Oslo universitetssykehus (OUS). Purring til OUS førte ikke fram, og jeg ga opp å inkludere OUS i prosjektet, idet jeg mente å ha tilstrekkelig annet materiale. Beslutningene om å anskaffe de tre robotene som er plassert der – to på Radiumhospitalet og en på Aker sykehus – inngår således ikke i materialet.

I dialog med fagdirektører og gjennom andre målrettede forundersøkelser i de enkelte foretakene fant jeg ut hvem som kunne gi meg mest og best mulig informasjon. Jeg er overbevist om at mine seks hovedinformanter har vært de beste jeg har kunnet få. De har alle hatt et betydelig ansvar både for å framskaffe beslutningsgrunnlaget om robotene, selv hatt synspunkter på og i varierende grad vært delaktige i beslutningsprosessene.

Av litt tilfeldige grunner er informasjonen om anskaffelsen på Sykehuset Telemark HF framkommet ikke bare i intervju med én sentral hovedinformant, men er supplert med korte intervjuer med nåværende fagdirektør og en av sykehusets urologer. Fagdirektøren har tiltrådt sin stilling etter at roboten var anskaffet og har følgelig annenhånds kjennskap til de avveiningene som ble gjort den gang.

På Sykehuset Sørlandet var det lett å få tilgang til gode og ryddige skriftlige kilder. Det fantes strukturerte styredokumenter, hvor det gikk an å lese seg til en del av de avveiningene som ble gjort. Lokalpressen fulgte også saken svært tett, og det var et godt tilfang av intervjuer og andre oppslag i Agderposten og NRK Sørlandet. Min interesse for robotkirurgi var dessuten vekket i det tidsrommet «robotsaken» pågikk på Sørlandet, så jeg hadde en viss kjennskap til hendelsene fra før. Intervjuet gikk derfor til dels ut på å forsikre meg om at jeg hadde oppfattet fakta riktig og få framstillingen supplert med informantens egne vurderinger.

Også ved de andre helseforetakene har enkelte hendelser og momenter framkommet gjennom e-post-utveksling med andre aktører. Det framgår av presentasjonen når det er tilfellet.

4.2 Intervjusituasjonen

Intervjuene ble gjennomført på sykehuskontorer eller i informantenes hjem etter deres ønsker. Det var i utgangspunktet avsatt 90 minutter, men flere av intervjuene varte lenger, opptil 3 timer. Jeg la hovedvekt på å få fram *begrunnelsene* for anskaffelsen. Samtlige informanter har gjort eksplisitt rede for sin oppfatning av *hvorfor* operasjonsrobotene har kommet til deres sykehus. Flere har understreket at andre aktører kan ha andre oppfatninger om hva som har vært vektlagt i beslutningene.

Før intervjuene har informantene fått tilsendt intervjuguiden (vedlegg 2). Denne guiden har jeg stort sett brukt som sjekklister mot slutten og ikke holdt meg strengt til underveis. Jeg har ikke brukt lydopptak, men notert flittig. Ved gjennomgang av styrevedtak, presseoppslag etc. ble det klart at ikke alle informanter har framstilt hendelsene *kronologisk* helt korrekt. Det har gått noen år, og informantene har vært involvert i mange andre tunge beslutninger samtidig. Jeg har så langt som mulig ved hjelp av datoer på presseoppslag etc. korrigert framstillingen slik at rekkefølgen på hendelsene blir korrekt.

Ved avslutning av hvert intervju gikk jeg gjennom oppsummeringen av drivkreftene (gjengitt som kulepunkter) på det enkelte foretak sammen med informanten og justerte ordlyd og rekkefølge sammen med dem. Alle hovedinformantene har lest gjennom *hele* framstillingen om deres eget helseforetak noen uker/måneder etter intervjuet. Enkelte detaljer har jeg deretter etter ønske fra informantene utelatt, men i all hovedsak fikk jeg lov til å formidle usminkede beretninger om hver enkelt robots historie. Ingen omskrivninger har funnet sted, men noen sitater har etter informantenes ønske fått en litt mindre muntlig og mer formell språkdrakt enn hva jeg noterte under intervjuene, uten at det har endret meningsinnholdet.

4.3 Eliteintervju

Intervju med mennesker i betydningsfulle posisjoner, såkalte nøkkelinformanter, om forhold som de i kraft av sin posisjon har inngående kjennskap til, kalles eliteintervjuer.

Nøkkelinformantene velges ut fordi de er velinformerte og antas å ha inngående kunnskap om de sakene og sammenhengene som intervjuet skal belyse. (33)

I sin artikkel «Strategies for conducting elite interviews» gjør William Harvey rede for en rekke vansker og potensielle fallgruver som en utrent intervjuer kan møte på i denne situasjonen. (34) Informanten kan bli trøtt og ukonsentrert, spørsmålene kan bli for lite åpne, de kan bli ubehagelige slik at informanten ikke lenger ønsker å svare osv. Svein Andersen tar til orde for en bevisst og aktiv forsker-rolle i eliteintervjuer, og påpeker at relasjoner og intervjuerens forkunnskaper må utnyttes aktivt. (33) Han omtaler dette som *aktiv samtalepreget intervjuing*, i motsetning til en passiv og lyttende intervjusituasjon som andre er talspersoner for. Intervjueren skal lytte, men også ta initiativ uten å overstyre eller lede svaret i en bestemt retning.

Andersen minner om at nøkkelinformanter gjerne i en lokal sammenheng er vant til aktivt å argumentere for og forsvare egne selvbilder og handlinger. (33) Informantene kan ha en egeninteresse i å framstille situasjonen på en måte som ganger dem. Dette kan jeg til en viss grad kjenne igjen fra mine intervjuer, eller kanskje enda tydeligere da informantene fikk teksten til gjennomlesing. Flere av informantene er stadig i posisjoner der de må ivareta sine egne personlige og helseforetakets interesser og samarbeidsflater, og dette har i noen grad preget hvilke hendelser de har ønsket at jeg skal referere fra.

Jeg opplevde for øvrig ingen vansker av den typen Harvey beskriver – snarere tvert imot. (34) Jeg møtte åpne, forberedte og svært forekommende informanter, som delte velvillig av innsikt og refleksjoner. Både før og under intervjuet gjorde jeg oppmerksom på at jeg er anestesilege av bakgrunn og kjenner godt til dynamikken i et sykehus og på en operasjonsavdeling. I tillegg forstår og anvender jeg den medisinske terminologien. Jeg har også gjennom min nåværende jobb inngående kjennskap til strukturen og styringsmekanismene i helsetjenesten, og jeg har ledererfaring. Det er mulig at den felles kontekstuelle forforståelsen mellom meg som intervjuer og informantene bidro til den gode dynamikken, og at intervjuene derfor fikk preg nettopp av å være aktivt og samtalebasert.

4.4 Litteraturutvalg

Relevante dokumenter fra styrebehandling og lignende har jeg funnet på hjemmesidene for styrearbeid i de enkelte foretakene og/eller fått tilsendt fra foretakene.

Offentlige dokumenter som er referert i bakgrunnskapittelet og litteratur som ikke er indeksert i vitenskapelige databaser, er framskaffet dels ved at jeg har finlest sentrale dokumenter som

jeg kjente til fra før og dels ved relativt omhyggelig leting i lovverk etc. I gjennomgangen av disse dokumentene har jeg lett systematisk etter tekst som reflekterer at tankegangen i kunnskapsbaserte beslutninger og kunnskapsbasert helsetjeneste er tatt inn. Informasjon om robotteknologien er hovedsakelig hentet fra saksutredningen for prioriteringsrådet. (35)

Det fins en meget rikholdig litteratur om beslutninger og rasjonalitet, og jeg har ikke kunnet lese for mye av denne og har måttet gjøre et valg. Den teoretiske rammen - ulike former for rasjonalitet - er valgt i samråd med veileder og med gode venner med innsikt i organisasjonsteori og -psykologi, adferdsøkonomi og tilstøtende fagfelt.

4.5 Analyse

I analysen av dataene har jeg lett etter mønstre i de ulike beslutningsprosessene. Særlig har jeg lett etter begrunnelser som går igjen. Jeg har studert hvorvidt og hvor jeg finner igjen de ulike formene for rasjonalitet som jeg har beskrevet i teorikapittelet, i de ulike beslutningene. Videre har jeg studert hvilken form for rasjonalitet som man ser for seg at skal prege de beslutningene som skal tas gjennom det nasjonale systemet for innføring av ny teknologi. Deretter har jeg sett hvordan disse ulike formene for beslutningsrasjonalitet – i den teoretiske modellen og i de virkelige «robotbeslutningene» - harmonerer med hverandre.

4.6 Formelle godkjenninger

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) har vurdert prosjektet som meldepliktig etter personopplysningsloven. NSD skrev i sitt svar 8. februar 2013 at behandlingen av dataene, slik de var planlagt, tilfredstilte kravene i personopplysningsloven.

Prosjektnummeret hos NSD er 32977.

Samtlige informanter underskrev på et samtykkeskjema (vedlegg 3).

5 Funn - de enkelte anskaffelsene

5.1 Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark var det andre sykehuset i landet som skaffet en robot - etter Radiumhospitalet - og den er finansiert over sykehusets ordinære budsjetter.

5.1.1 Omorganisering av spesialisthelsetjenesten – konsekvenser for sykehuset

Ifølge informanten, som har en samfunnsfaglig bakgrunn, har «*..historien om operasjonsroboten på Sykehuset Telemark egentlig lite med roboten å gjøre.*» Historien handler om organisering av spesialisthelsetjenesten, og informanten valgte selv å starte med noen betraktninger om helsereformen i 2002, da de regionale helseforetakene ble etablert. I denne prosessen mente han man gjennomgående ikke i tilstrekkelig grad tok hensyn til drivkreftene i og rundt sykehusene: «*Det er ikke bare å trykke på en knapp og så blir det slik i sykehus. Ting er kompliserte og tar lang tidMan må forstå beslutninger i helsetjenesten i skjæringspunktet mellom politikk, fag og ledelse. Plutselig står en eller annen professor for et lite fagmiljø og doserer for en politiker – og så kan det være gjort.*» Han hevdet at helsereformens intensjon var blant annet «*..å ta knekken på småkongene. Målet var å tilpasse tjenesten etter befolkningens reelle behov, ikke etter politiske innfall.*»

Som følge av helsereformen ble struktur og funksjonsfordeling viktig. Ting skulle slås sammen. En tydelig kommunisert målsetting i Helse Sør RHF var at sykehusene i Vestfold og Telemark skulle slås sammen og samlet ha en størrelse som i neste runde borget for funksjonsfordeling. Funksjonsfordeling var kongstanken i det regionale helseforetaket på den tida – også videre ned i organisasjonen – «*...alle var tilhengere av funksjonsfordeling – alle fagfolkene, alle ledere – ja, alle – inntil man skulle begynne å fordele.*»

Den planlagte sammenslåingen lyktes ikke, og ifølge informanten hadde man i det regionale helseforetaket undervurdert Telemarks politikere og det sterke engasjementet rundt de mange sykehusene.ⁱ Selv om han var skeptisk til realismen i planene, var han forpliktet til å prøve å få til en funksjonsfordeling. Han la en strategi: «*Jeg prøvde å være positiv og være på*

ⁱ Skien, Porsgrunn, Notodden, Rjukan og Kragerø

tilbudssiden uten umiddelbart å være kravstor tilbake.» Resultatet var at all karkirurgien ble flyttet til Vestfold uten at Telemark fikk noe tilbake. Det ble riktignok diskutert hvorvidt urologien kunne samles på Sykehuset Telemark, men Sykehuset Vestfold så ifølge informanten på seg selv som større og sterkere og var ikke begeistret for slike planer. Det ble regelrette krangler mellom de to sykehusene på alle plan. «Jeg deltok på særdeles lite akademiske møter.» Saken ble løftet til Helse Sør RHF uten at det bidro til noe resultat. «Hele greia datt. Fagmiljøene snakket ikke sammen lenger. Det var bare ukvemsord å høre.»

Midt i denne prosessen skjedde to tilsetninger, som medførte nye forsøk på sammenslåing og funksjonsfordeling. Det ble tilsatt ny direktør på Sykehuset Vestfold, og den nye direktøren hadde sin bakgrunn fra Sykehuset Telemark. 1. juni 2007 ble de regionale helseforetakene Helse Sør og Helse Øst slått sammen, og Bente Mikkelsen ble tilsatt som direktør for Helse Sør-Øst. Mikkelsen prøvde på nytt å slå sammen Vestfold og Telemark, men mislyktes. Igjen hadde man fra sentralt hold undervurdert de sterke lokalpolitiske kreftene.

5.1.2 Sykehusledelsen blir interessert i robot

Fra ledelsen på Sykehuset Telemark ble det lagt en ny strategi: «*Hvis dette nye regimet i Helse Sør-Øst skulle få gjennomslag, gjaldt det å være i forkant, være sterk, markere faglig styrke. Det kunne vi gjøre enten gjennom veldig gode fagfolk eller svært godt utstyr. Vi hadde gode, men ikke spesielt fremragende fagfolk, så da så jeg etter utstyr. Det ga oss mulighet til raskt å skaffe oss et fortrinn.*»

Sykehusdirektøren hadde lest om operasjonsroboten. Han og klinikkleder, som heller ikke var lege, satte seg grundig inn i den medisinske litteraturen og ble fascinert: «*En maskin som kunne operere! Vi ble enige – dette går vi for. Vi hadde en pragmatisk tilnærming – dersom nytt utstyr ikke direkte sables ned, så er det kommet for å bli.*»

Ledelsen forsøkte å få fagmiljøet interessert, men oppfattet at folkene der var skeptiske og avventende. På spørsmål om hvorfor svarer informanten at han opplevde at det å få en robot plassert i Telemark som det andre sykehuset i landet, utfordret «*den medisinske orden – at et så lite sykehus skulle få robot så tidlig. Først skulle universitetssykehusene ha, og så skulle vi andre komme etter i tur og orden.*»

Jeg spurte om ikke dette var en logikk som også Helse Sør-Øst fulgte, og om de aksepterte at et relativt lite sykehus var så vidt innovative og ekspansive og fikk til svar: «*De hadde nok mer enn nok med sitt på den tida. Men i ettertid har jeg hørt at Bente Mikkelsen har sagt at*

«hadde vi kunnet stoppe dette, så hadde vi gjort det»». Innkjøpet ble imidlertid klarert med sykehusstyret i møte 6. mars 2007.ⁱ Intensjonsavtalen om samarbeid med Rikshospitalet – Radiumhospitalet på direktørnivå (se under) var vedlagt styredokumentene. I saksutredningen som ble lagt fram for styret står bl.a.:

Satsningene på urologi skal videreutvikle kvalitet og omfang i sykehusets tilbud til urologiske pasienter, og skal styrke Sykehuset Telemark HF som det foretrukne urologiske alternativ i Helse Sør RHF. En strategisk tiltaksplan ble behandlet i ledergruppen 22. juni 2006. Styret ble informert om status i urologiseringen i september 2006. Arbeidet med å realisere tiltakene er i godt gjenge.

Anskaffelse av operasjonsrobot er en viktig del av denne satsingen for å gi sykehuset et betydelig strategisk fortrinn. Sykehuset Telemark alene har på ingen måte et pasientunderlag som kan forsvare en slik investering, verken økonomisk eller faglig i forhold til nødvendig volum. Fra Telemark kan vi forvente et pasientunderlag av pasienter som egner seg til operasjon på 15 – 20 årlig. Dette betyr at vi må «hente» pasienter fra andre sykehus.

Videre står det om risikovurderingen:

Den største risikoen ligger i at nærliggende sykehus i Helse Sør selv anskaffer robot. Det synes lite sannsynlig at dette skjer de nærmeste årene. Bergen og Stavanger har heller ikke konkrete planer. Trondheim og Aker har roboten på ønskelisten, men det synes ikke sannsynlig at denne kommer på plass kommende år.

5.1.3 Samarbeidsavtale med Rikshospitalet-Radiumhospitalet HFⁱⁱ

Ledelsen og sentrale fagfolk hadde gjennomført en studietur til Radiumhospitalet, der de så roboten i bruk. Også urologene ved Radiumhospitalet var positive til at det ble anskaffet en robot i Telemark, og informanten opplevde at den positive holdningen fra universitetssykehusets urologer bidro sterkt til at urologene på Sykehuset Telemark endret sin holdning. De to helseforetakene inngikk 25. januar 2007 en samarbeidsavtale om robotassisterte prostataoperasjoner. Avtalen hadde tre hovedpunkter:

ⁱ I motsetning til hva som var tilfellet ved flere andre sykehus i helseregionen, var styreleder ved sykehuset ikke en konserndirektør fra det regionale helseforetaket, men kom fra næringslivet.

ⁱⁱ Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble i 2005 slått sammen til ett helseforetak.

1. Det faglige ansvaret for virksomheten skulle ligge til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
2. Det skulle være en felles venteliste for de to sykehusene, hvilket indirekte betydde at Telemark skule avlaste Radiumhospitalets økende venteliste.
3. Det skulle initieres forskning.

I den første firemånedersperioden etter at roboten var tatt i bruk, deltok en urolog fra Radiumhospitalet i operasjonsteamet i Telemark. Dette samarbeidet ble av alle beskrevet som meget vellykket. Felles ventelister ga en «flying start», idet Sykehuset Telemark i eget nedslagsfelt hadde potensiale for inntil 50 prostatektomier årlig, men gjorde rundt 150-200 pr år ved at de tok unna fra en voksende venteliste på Radiumhospitalet.

Jeg spør om alle deler av samarbeidsavtalen er oppfylt, og får opplyst at punkt 3 i avtalen ikke er det. Det er ikke igangsatt forskning på dette pasientmaterialet. Nåværende fagdirektør opplyser for øvrig at avtalen ikke er formelt terminert, men at den heller er å anse som «sovende».

En interessant formulering i samarbeidsavtalen vedrører økonomi: «Det arbeides for å påvirke myndighetene slik at vi får en DRG-vekt som gjenspeiler aktuelle kostnader.» Ifølge e-posten fra Guri Snøfugl i Helsedirektoratet (se innledningen), var dette stadig et tema fem år seinere.

5.1.4 Klinisk bruk av roboten

I starten ble roboten bare brukt til prostatektomier, men brukes i dag også til operasjoner på nyrer; nefrektomier, nyrereseksjoner, overgangsstenoser og nyrebekkenoperasjoner.

Fagdirektøren opplyste at det fra svært tidlig var en målsetting fra sykehusledelsen å bruke den også innenfor andre fagområder. Gynekologene tok den i bruk for tre år siden til hysterektomier, men gastrokirurgene har vært tilbakeholdne. De er det fagmiljøet som i størst grad har etterspurt dokumentasjon på effekt og pasientsikkerhet – er dette egentlig trygg og bedre kirurgi? Gastrokirurgene har i en kort periode brukt den til sigmoideumcancer og rektumreseksjoner (operasjoner på nedre del av tykktarmen), men har foreløpig ikke planlagt videre bruk.

Opprinnelig var roboten plassert i Porsgrunn, men i forbindelse med omorganisering av sykehuset ble sengeposten til urologene flyttet til Skien, og roboten fulgte med.

5.1.5 Fagmiljøets holdning

I motsetning til hva jeg fant ved de andre sykehusene, beskriver informanten at fagfolkene - urologene - ved Sykehuset Telemark opprinnelig var skeptiske til å ta imot roboten. Han mente at motstanden skyldtes en «respekt for den medisinske orden» (se 5.1.2). Denne oppfatningen blir bekreftet av nåværende fagdirektør. Den urologen jeg snakket med, beskrev deres holdning litt annerledes: *«Vi var i utgangspunktet positive, men det var ikke vi som ønsket dette. Vi ønsket ikke å sitte som gissel for et så dyrt utstyr. Vi var et ordinært sentralsykehus og mente vi hadde for dårlig pasientgrunnlag for denne roboten.»* Urologen gjentok flere ganger at deres skepsis ikke gikk på faglig interesse, men på om pengebruken var fornuftig. Videre ga han uttrykk for at avtalen med felles ventelister var svært klok, det ble en «flying start». Han mente også at roboten har vært rekrutterende, idet alle urologstillinger er fullbesatt.

Også hovedinformanten oppgir at framtidig rekruttering av operatører var en medvirkende årsak til hans entusiasme: Man ønsket å løfte sykehuset faglig.

5.1.6 Fornuftig investering?

Mot slutten av intervjuet stiller informanten uoppfordret et reflektorisk spørsmål. Var dette galskap?: *«Fra et fulgleperspektiv så var det jo det. Men fra et sykehusperspektiv? Hvis du ikke klarer å styre sykehuset slik at du har økonomisk handlingsrom til at du kan gjøre noen løft, så går det ikke.Fagfolk vil jo ha ting hele tida. Men vi måtte satse på det som ga bærekraft og ikke springe rundt etter mas og misnøye. ...Handlingsrommet måtte bygges opp møysommelig. Og så var det jo ikke innmeldt behov for annet spektakulært utstyr samtidig.»*

5.1.7 Drivkreftene på Sykehuset Telemark – oppsummert og i prioritert rekkefølge

- Sykehusledelsen ville posisjonere sykehuset i en pågående prosess med funksjonsfordeling.
- Sykehusledelsen ønsket å styrke sykehuset gjennom faglig utvikling.

5.2 St. Olavs Hospital – robot nr 1

Den første roboten på St Olavs hospital ble kjøpt for overskuddsmidler i organisasjonen Helsebygg, som sto for utbyggingen av St Olavs hospital. Den andre roboten, som er plassert på Orkdal sanitetssykehus, er kjøpt for private midler.

5.2.1 Prosjektorganisasjonen Helsebygg

Helsebygg er en prosjektorganisasjon som organisatorisk er underlagt Helse Midt-Norge RHF, og som har som oppgave å bygge det nye St Olavs hospital med tilhørende universitetsfunksjoner. Tidligere administrerende direktør i Helsebygg, Johan Arnt Vatnan, var sivilingeniør av bakgrunn og selv teknologiorientert. Han hadde ifølge informanten styrt utbyggingen av St Olav svært godt - til dels under budsjett - og rådde således over en del midler, som han kunne disponere innenfor visse fullmakter.

5.2.2 Faglige overveielser

Et ønske om robot var framkommet fra det urologiske fagmiljøet før år 2007, og ønsket var fremmet direkte til Gunnar Bovim, som den gang var direktør på St Olavs hospital og fra mai 2009 administrerende direktør i Helse Midt RHF. Bovim og Vatnan samrørde om robotanskaffelse, og Bovim ba om dokumentasjon og råd fra sine faglige rådgivere i sykehuset. Den gang var det bare urologene som viste interesse, og det var bare til bruk for prostatektomier man så for seg roboten i første rekke. Urologene leverte så via fagdirektør – til dels muntlig og til dels i e-poster - den dokumentasjonen som var tilgjengelig om fordeler ved bruk av robot. Informanten oppsummerer effektdokumentasjonen slik:

- Det var *ikke* holdepunkter for mindre residiv eller på annet vis bedret kreftkontroll og *ikke* holdepunkter for mindre forekomst av komplikasjoner som impotens og inkontinens.
- Det *var* holdepunkter for at robotkirurgi medførte kortere liggetid og mindre peroperativ blødning.

Det ble på denne tida holdt et seminar på sykehuset, der en nederlandsk innleder advarte mot å kjøpe Da Vinci robot. Hun var i for seg ikke negativ til teknologien, men var meget skeptisk til den monopolsituasjonen som leverandøren var i. Monopolet ville gjøre at prisene ikke ville

gå ned, og dessuten, framholdt hun, førte monopolsituasjonen til at det heller ikke var noe incitament til å bedre teknologien.

Foruten det faglige engasjementet så klinikk- og sykehusledelsen at pasienter var i ferd med å søke seg bort fra sykehuset for å la seg operere på steder med robot tilgjengelig. Man hadde også et klart inntrykk av at Kreftforeningen - sentralt eller lokalt - anbefalte pasienter å velge robotassistert operasjon.

Bovim besluttet så - etter en muntlig orientering fra fagdirektøren - å anbefale innkjøp av robot. Hovedbegrunnelsen var ifølge informanten at anskaffelsen *«ikke var i konkurranse med noe annet»* - all den tid det fantes overskuddsmidler i Helsebygg, Dessuten fryktet man tap av pasientgrunnlag dersom man ikke hadde tilgang til robot.

På spørsmål om hva som var den reelle grunnen til fagmiljøene ønsket seg robot - gitt den sparsomme effektdokumentasjonen - svarer informanten at han mente at fagfolkene nok oppfattet at roboten ga bedre ergonomiske arbeidsstillinger og mindre slitsomme operasjoner. Dessuten syntes de det var nytt og spennende. *«De var redde for å bli utdatert – du vet, de reiser jo også på kongresser. De hadde nok en følelse av at dette var bedre behandling.»*

Jeg spør så spesifikt om pasientsikkerheten ble særskilt vurdert – «det kunne jo tenkes at det var *dårligere* behandling – med høyere risiko». Uten tenkepause svarer informanten at *«nei, det ble ikke vurdert spesielt»*.

5.2.3 Vurdering i Helsebygg

Innkjøps- og utstyrsansvarlig Kjell Olav Lyngsmo i Helsebygg resymerer den videre saksgangen i en e-post til meg 28. januar 2013.:

I perioden mars/april 2008 ble jeg forespurt av Adm.dir. i HBMN(Helsebygg Midt-Norge) om jeg kunne fremskaffe informasjon angående operasjonsrobot. Jeg sendte derfor en forespørsel til Intuitive Surgical, og fikk tilbakemelding fra deres salgsrepresentant i Skandinavia. Denne informasjonen ble vedlagt et notat jeg utarbeidet til adm.dir i HBMN som svar på hans forespørsel.

Den 5.3.2009 mottar så HBMN en formell endringsforespørsel fra St.Olavs Hospital hvor vi blir bedt om å anskaffe en kirurgirobot. Alle slike endringsanmodninger ble behandlet i HBMNs ledergruppe. Endringen ble her godkjent da det var økonomisk

dekning innenfor utstyrsbudsjettet, og anskaffelsen ville ikke påvirke ferdigstillingen av prosjektet i forhold til fremdrift. (Vedlagt signert endringsforespørsel).

Etter dette ble det gjennomført en ordinær konkurranse i forhold til denne anskaffelsen. Det var ingen leverandører som svarte på konkurransen så det ble derfor tatt direkte kontakt med Intuitive Surgical og fremforhandlet en kontrakt.»

Det har ikke lyktes å finne sikkert svar på om beslutningen om anskaffelsen ble tatt på et administrativt nivå, eller om beslutningen ble forelagt styret til orientering. Informanten ga uttrykk for at han mener styret må ha vært informert på en eller annen måte. Daværende administrerende direktør opplyser i telefon at han ikke husker dette sikkert og har henvist til nåværende direktør, som ikke har besvart spørsmålet i e-poster. Styremøtoreferatene til Helsebygg er ikke offentlig tilgjengelig. En samlet vurdering av den informasjonen jeg sitter med, tilsier at verken styret i Helsebygg eller St. Olavs hospital ble formelt informert, og at avgjørelsen om å kjøpe inn den første operasjonsroboten ved St. Olavs hospital ble tatt på et administrativt nivå.

5.2.4 Drivkreftene ved St. Olav robot nr 1 – oppsummert

- Man fryktet at pasientgrunnlaget skulle forsvinne
- De hadde faktisk penger tilgjengelig og slapp derfor å prioritere

På spørsmål om hvorvidt roboten ville blitt prioritert i de ordinære budsjettprosessene (dersom det ikke hadde foreligget ekstraordinære midler), svarer informanten kontant og uten tenkepause: *«Nei, det hadde vi absolutt ikke gjort.»*

5.3 St. Olavs Hospital – robot nr 2

5.3.1 Kapasitetsproblemer

Omkring år 2010 ble det økt press på bruken av den første operasjonsroboten ved St. Olav. Dette skyldtes først og fremst at gynekologene viste økende interesse. Noen av dem hadde vært i Lund i Sverige og lært å bruke robot til operasjoner blant annet til operasjoner av livmorkreft og en del ikke-ondartede tilstander. Det var ledig operasjonstid med roboten, som til da bare hadde vært brukt av urologene. Det kom til en avtale – litt uklart hvor skriftlig og

formalisert den var – om at gynekologene skulle få tildelt faste operasjonsdager. Service etc sto kirurgisk avdeling for, men gynekologene hadde med seg egne operasjonsteam. Ifølge informanten *«ble alt ordnet i skjønn forening, og alle var happy, og gynekologene var særlig happy.»*

Gynekologene var spesielt glade i å benytte roboten på eldre kvinner med livmorkreft, men tok den også i bruk til stadig flere tilstander, i økende grad også godartede. Kapasiteten ble dermed for liten. Den fysiske plasseringen av roboten gjorde at urologene mente at de «eide» den, og sykehusledelsen måtte gå inn og gjøre det svært tydelig at det ikke var slik – roboten ble ikke «eid» av noen særskilt avdeling.

Det ble avholdt møter mellom fagmiljøene og sykehusledelsen, som presiserte at pga. kapasitetsbegrensninger skulle kreftsykdom prioriteres for robotoperasjoner både hos kvinner og menn. Annen kirurgi måtte gjøres på «gamlemåter». Det ble også stilt krav fra ledelsen om at roboten måtte utnyttes til planlagte operasjoner på ettermiddagene og i helgene.

I denne situasjonen kom naturligvis spørsmålet om å anskaffe en robot til opp. Gynekologene framstilte seg nå som landets ledende på robotassisterte gynekologiske operasjoner, og som informanten uttrykte det: *«Å ha et landsledende fagmiljø syntes vi jo svært godt om.»*

Likefullt var det klart sykehusledelsen ikke ville prioritere innkjøp av en ny robot. Til dels skyldtes det at diskusjonen om å anskaffe PET var kommet opp. På dette tidspunktet begynte sykehusledelsen i stedet å drøfte muligheten av å skaffe donasjon til en robot som kunne plasseres i Orkdal, og fagmiljøene ble involvert i diskusjonen. Fagmiljøene var innledningsvis mindre interesserte i en slik plassering, men ble mer positive etter hvert som de forsto at det nok var eneste realiserbare mulighet.

5.3.2 Orkdal sjukehus og Orkdal sanitetsforening

Sanitetskvinneforeningen på Orkdal hadde fram til 2003 eid og drevet sykehus på Orkdal. I 2003 ble sykehuset solgt til Helse Midt-Norge RHF og skiftet navn fra Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus til Orkdal Sjukehus. Sykehuset er nå organisatorisk underlagt St Olavs hospital HF.

5.3.3 Søknad om donasjon til operasjonsrobot

På grunn av salget av sykehuset var Orkdal sanitetsforening en svært holden organisasjon, som stadig viste interesse for sykehusdriften. Det ble tatt kontakt med foreningen for å undersøke mulighetene for en donasjon av penger til en ny robot. 7. februar 2012 sendte så sykehuset et formelt brev til Orkdal sanitetsforening med tittel «Søknad om støtte til innkjøp av operasjonsrobot til bruk ved Orkdal Sjukehus». I brevet står det innledningsvis om bruk av operasjonsroboter til prostatakraft, og det står også at «Kreftforeningen anbefaler nå alle som skal opereres for prostatakraft å søke seg til et sted som tilbyr robotkirurgi.» Videre:

Den største nyvinningen innen robotkirurgi er imidlertid at metoden med stort hell også brukes til operasjon av underlivskreft hos kvinner og også på svært mange mer godartede tilstander hos kvinner. Operasjonsteamet ved Kvinneklubben, St. Olavs hospital HF har her gjort et i internasjonal sammenheng banebrytende arbeid og har til nå operert mer enn 150 kvinner med denne teknikken med meget godt resultat. Dette betyr at St. Olavs Hospital HF er blitt Norges største enhet når det gjelder bruk av robot ved gynekologiske operasjoner. Utfordringen nå er at for gynekologiske operasjoner er nå kapasiteten for den ene roboten vi har ved St. Olavs Hospital sprengt.

I bevet er det videre vist til at «flyttingen av fødetilbudet fra Orkdal sjukehus (OS) til Øya (hovedsykehuset) (se under) har gitt oss muligheter for å planlegge for nye aktiviteter ved OS.» Det nevnes etablering av tilbud innen kreftbehandling og utvidelse av dagkirurgisk virksomhet – begge relevante med tanke på å ta robot i bruk. Videre fra brevet: «Det er St. Olav Hospitals ønske å etablere et nytt robotkirurgisk senter ved OS til fordel for både kvinner og menn. Vi har også ønske om å utvide tilbudet til så mange pasienttyper som mulig og ikke bare begrense tilbudet til den som har kreft.»

St. Olavs Hospital søkte Orkdal sanitetsforening om et tilskudd på kr 23 550 000 til innkjøp av Da Vinci robot og nødvendig tilleggsutstyr til Orkdal Sjukehus.

5.3.4 Fødeavdelingen ved Orkdal sjukehus nedlegges

Helse Midt-Norge RHF hadde tidligere kommet med et klart ønske til St. Olavs Hospital om at all akutt virksomhet ved Orkdal Sjukehus skulle legges ned. På denne bakgrunn behandlet styret ved St. Olavs hospital i møte 16. desember 2011(sak 39/11) «Framtidig virksomhet ved

Orkdal sjukehus.» I tråd med administrasjonens innstilling vedtok styret i dette møtet enstemmig å legge ned fødeavdelingen ved Orkdal sjukehus. Begrunnelsen var at man ikke ønsket å drive en så liten fødeavdeling med så kort avstand til en vesentlig større avdeling, der man kunne tilby ytterligere sikkerhet og kvalitetsheving. Videre var det vanskelig å rekruttere fødselsleger til stabil vaktbemanning på Orkdal. Det er oppsiktsvekkende, ifølge informanten, at man klarte å få lagt ned en fødeavdeling «med alle de vanlige argumentene» uten at det ble ståhei i lokalmiljøet. *«Nedleggingen av fødetilbudet i Orkdal var ikke en gang innom HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) til behandling – som vel det eneste lokalsykehuset slapp HOD å interessere seg for dette.»*

5.3.5 Avtale om donasjon

22. juni 2012 ble det inngått en skriftlig avtale mellom St. Olavs Hospital HF og Orkdal Sanitetsforening, der Sanitetsforeningen påtok seg å finansiere anskaffelsen med en gave på inntil kr 23 550 000,-. I avtalen er det forutsatt at roboten plasseres i lokalene til Orkdal sykehus (OS), og at flytting til andre lokaler innenfor St. Olavs hospital forutsetter samtykke fra Orkdal sanitetsforening. Øvrige forutsetninger til gaven er knyttet til framtidige aktiviteter ved OS. Ifølge informanten kan dette oppsummeres slik at man skulle ha et reelt krefttilbud på Orkdal. Betingelsene var akseptable for sykehusledelsen. Det ble blant annet etablert en kreftpoliklinikk og senger til palliasjon i Orkdal. *«Dette var i samhandlingens tid, så det passet i grunnen ganske godt.»*

Informanten ga uttrykk for at det at man fikk robot på plass i Orkdal, gjorde at sykehusledelsen signaliserte at man ønsket høy aktivitet der ute. *«Dette var jo med på å flate havet litt når det gjaldt andre organisasjonsendringer.»*

5.3.6 Drivkreftene ved St. Olav – robot nr 2

- Ønske fra nye fagmiljøer om mer kapasitet
- Andre, faglig godt begrunnede organisasjonsendringer (flytting av fødetilbud) lot seg enklere gjennomføre
- Finansiering lot seg skaffe

5.4 Haukeland universitetssjukehus

Operasjonsroboten i Helse Bergen ble anskaffet for private midler.

Fra 1995 og utover hadde fagmiljøet snakket om operasjonsroboter etter å ha fanget opp informasjon om slike (prototyper og forløpere for Da Vinci) på kongresser i utlandet. Ifølge informanten «*mente nok noen at roboter var «keiserens nye klær», og andre mente noe annet.*» I 1999 eller 2000 satte kirurgisk klinikk opp ønske om en operasjonsrobot på sitt utstysprogram. Dette var ifølge informanten ikke spesielt gjennomtenkt eller begrunnet da – «*det ble slik etter at vi hadde snakket med folk,*» og de neste årene fulgte ønsket om operasjonsrobot med på utstysprogrammet – plassert langt nede på lista, om enn noe høyere opp for hvert år.

5.4.1 Private bidragsytere i Bergen

I Bergen fantes det såkalte «Medisinsk høyteknologisk forskningsfond», som besto av folk som ønsket å bidra til utvikling av sykehuset og fremme forskning. De samme ildsjelene etablerte også «Haukelands venner» i 2009 etter at fondet ble nedlagt. Mens Forskningsfondet primært bidro med høyteknologisk utstyr i millionklassen, la Haukelands venner vekt på å bidra med mer trivselsfremmende tiltak.ⁱ

Den virkelig store private velgjører i Bergen er næringslivsmannen Trond Mohn. Ifølge presseoppslag har Mohn donert mer enn 3 milliarder kroner til helse, forskning, undervisning og idrett over en 25-års-periode. Donasjoner til helsesektoren utgjør drøyt 600 millioner, og av disse igjen er rundt 450 millioner gitt til medisinsk teknisk utstyr på Haukeland universitetssykehus.ⁱⁱ Som eksempel på utstyr Haukeland har mottatt som gaver, kan nevnes en PET-CT-skanner i 2004, som Forskningsfondet hadde startet en innsamling til, og hvor Trond Mohn skjøt inn de 54 millioner kronene som manglet. Sommeren 2013 bevilget Mohn 250 millioner kroner til oppbygging av et senter for protonterapi i Helse Vest, på et tidspunkt hvor det ennå ikke var vedtatt om det skulle etableres noe slikt senter i Norge overhodet og heller ikke hvor det i så fall skal lokaliseres.ⁱⁱⁱ

Ifølge informanten setter Mohn to absolutte krav når han donerer penger til sykehuset:

ⁱ <http://www.helse-bergen.no/aktuelt/nyheter/Sider/haukelands-venner-er-stiftet.aspx> 10.11.2013

ⁱⁱ <http://www.bt.no/nyheter/okonomi/De-aller-storste-gavene-2818155.html> 20.10.2013

ⁱⁱⁱ <http://www.helse-bergen.no/aktuelt/nyheter/Sider/gir-250-millionar-for-a-fa-partikkelsenter-til-bergen.aspx> 20.10.2013

- Gavene skal ikke knyttes til hans navn
- Gavene skal benyttes til utstyr, ikke til bygninger eller som ordinære driftsmidler

5.4.2 Finansiering av robot i Bergen

Roboten kostet 23 millioner kroner, og ca. 2 millioner var samlet inn gjennom Medisinsk høyteknologisk forskningsfond. Ifølge informanten hadde det vært *«relativt lett å samle inn penger fra menn akkurat til dette. De er redde for inngrep som kan frata dem potensen.»*

Det manglet imidlertid mye penger. I forbindelse med 60 års-dagen til administrerende direktør Stener Kvinnsland skjedde noe uventet. Trond Mohn hadde annonsert at han ville benytte anledningen til å gi en pengegave til sykehuset, men ifølge et oppslag i Bergensavisen hadde ingen sett for seg størrelsen på gaven – 200 millioner kroner.ⁱ «Man blir helt perpleks og samtidig utrolig glad,» uttalte Kvinnsland til Bergensavisen. Ifølge informanten førte gaven til at finansieringen av roboten var sikret.

5.4.3 Anskaffelse av roboten

I 2008 startet så anbudsprosessen etter en liten forsinkelse pga. noen formalia, og roboten var på plass rundt årsskiftet 08/09. På direkte spørsmål om den hadde kommet tidligere dersom det hadde vært tilgjengelige midler, svarte informanten at rundt 2006 var man blitt såpass lysten på en robot, at den nok hadde blitt kjøpt «på ordinært vis» dersom det økonomiske handlingsrommet hadde vært større, men på et senere tidspunkt dvs. etter 2009.

5.4.4 Faglige overveielser

Ifølge informanten er man *«klar over at roboten i initialfasen ikke viste bedre survival enn åpen kirurgi, i oppstartsfasen viste den knapt bedre effekt på komplikasjonsraten. Nå er liggetiden signifikant lavere, og komplikasjonsraten de første 30 dager er sikkert lavere enn ved konvensjonell kirurgi. Det er for tidlig å angi dens innvirkning på langtidsoverlevelse.»*

På Haukeland var det gode operatører på åpen teknikk, men urologene hadde ikke tatt i bruk konvensjonell laparoskopisk metode for prostatakirurgi. Tradisjonelt ble primær strålebehandling i stor grad benyttet ved prostatakreft på Haukeland – trolig mer enn på andre sykehus. Ifølge informanten begynte det å komme dokumentasjon på at kirurgi ga noe bedre

ⁱ www.ba.no/nyheter/article3579878.ece 20.10.2013

sykdomskontroll enn primær stråleterapi, og det var derfor et ønske også fra fagledelsen å få «vridd» behandlingen mer over mot kirurgi. I så måte var roboten et egnet virkemiddel.

«Alle» ønsket å operere, men ledelsen valgte ut spesielle operatører, idet man erkjente at hver operatør bør gjøre minst 50 robotassisterte inngrep årlig, og at virksomheten derfor ikke skulle spres på for mange hender.

Det var viktig for sykehusledelsen at flere fagmiljøer var interessert i å utvikle robotassistert kirurgi, og gynekologene har nå også i stor grad tatt roboten i bruk. Roboten var også viktig for å klare å beholde all utvidet gynekologisk kreftkirurgi (eggstokk- og livmorkreft) på ett sted i regionen, nemlig i Helse Bergen. I dag er roboten i sving hver dag til planlagte operasjoner, og en robot nr 2 står på ønskelista over nytt utstyr. Den er satt opp på den ordinære investeringsplanen for 2014. Informanten mener at det er gode muligheter til å kunne realisere innkjøpet dersom helseforetaket får et godt driftsresultat i 2013.

5.4.5 Framtidsaspekter

I regional plan for kirurgi i Helse Vest er robotassisterte operasjoner gitt mye omtale. Det ser ut til at man tar for gitt at robotassisterte operasjoner skal øke i omfang. (36) I kapittel 4.4. om utviklingstrekk i de kirurgiske fag står f. eks «Meir kan gjerast for fleire: nye metodar, miniinvasiv kirurgi, laparoskopiske og artroskopiske teknikkar, **meir robotkirurgi**, laserteknikk, skoping/stenting, sutur- og ligaturmaskiner bidrar til dette.» Samtidig som RHFet i sin strategiplan tar til ordet for at omfanget av robotkirurgi skal økes, omtales teknikken gjennomgående som «svært ressurskrevende».

5.4.6 Mini-HTA om robotkirurgi

Et spesielt aspekt – om enn et sidespor – fortjener omtale. I piloteringen av det nye nasjonale systemet for innføring av ny teknologi (kapittel 2.4) ble et skjema for mini-HTAⁱ pilotert ved to helseforetak i Helse Vest RHF i perioden høsten 2009 – høsten 2010. (37) Tre ulike teknologier ble vurdert ved Stavanger universitetssjukehus og tre ved Haukeland universitetssjukehus. Den ene av de tre som ble vurdert i Bergen, var nettopp «bruk av operasjonsrobot i urologisk kirurgi». Skjemaet for mini-HTA var tredelt. Om skjemaets første del står det i Kunnskapssenterets notat om piloteringen:

ⁱ Mini-HTA kalles i det nye systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten for mini-metodevurdering.

Denne delen utarbeides av kliniker og skal belyse følgende områder knyttet til metoden man ønsker å innføre:

- Beskrivelse av ny metode og den aktuelle pasientpopulasjonen
- Kunnskapsgrunnlaget fra forskning (med gjennomføring av et litteratursøk)
- Effekt og sikkerhet
- Etske vurderinger
- Konsekvenser for organisasjonen og andre berørte parter
- Kostnader og ressursmessige konsekvenser

Del 1 av skjemaet ble bare delvis fullført – «kun metodebeskrivelse, litteratursøk og delvis effekt og sikkerhet ferdigstilt». (37) Årsaken til dette er etter hva jeg har oppfattet på dialogen mellom Helse Bergen og Kunnskapssenteret at man fant det langt mer arbeidskrevende å fylle ut delen om kostnader og helseøkonomiske vurderinger enn man hadde sett for seg, og muligens også at dette også ble oppfattet som litt irrelevant etter at roboten faktisk var tatt i bruk. Så var da også en av hovedkonklusjonene på hele piloteringen at det var nødvendig å forenkle denne delen av mini-HTA-skjemaet og dessuten supplere hele prosjektet med regionale og lokale ressurser innen helseøkonomi.

Del 2 og 3 i mini-HTA-skjemaet besto av henholdsvis en sjekkliste for fagfeller og spørsmål som skulle besvares av beslutningstakeren. Disse delene ble ikke fullført, trolig fordi roboten på dette tidspunktet faktisk var tatt i bruk.

5.4.7 Drivkreftene ved innføringen i Bergen – oppsummert

- Det forelå interesse fra fagmiljøene for den nye teknologien.
- Det forelå ønske fra fagledelsen om å endre praksis fra å benytte mye primær stråleterapi til mer primær kirurgi.
- Det åpnet seg en økonomisk mulighet ved en stor privat donasjon.
- I mindre grad spilte frykten for pasientflukt en rolle.

5.5 Stavanger universitetssjukehus (SUS)

5.5.1 Ny status som universitetssykehus

SUS ble et universitetssykehus ved årsskiftet 2004/05. Sykehuset hadde ifølge informanten et spennende, ungt og ambisiøst fagmiljø og var et stort sykehus målt i produksjon. Rundt 400 000 mennesker har SUS som primærsykehus. Sykehuset tar imot alle typer pasienter - i motsetning til Oslo-sykehusene, der mer er funksjonsfordelt. Også forskningen ved sykehuset er bra – det er produsert mange doktorgrader, også på sykepleiersiden.

Statusen som universitetssykehus gjorde at sykehuset fikk behov for å utvikle seg. Det var rekrutteringsproblemer på urologsiden, og svært få søknader til utlyste stillinger.

5.5.2 Privat initiativ i Stavanger

«Sykehuset i våre hender» - SIVH - er en ideell stiftelse, som ifølge egen nettside har som mål å «skaffe Stavanger Universitetssjukehus tidsmessig og moderne medisinsk teknisk utstyr, til nytte for alle oss som bor i dette distriktet.» Organisasjonen ble etablert i 1984 og har siden starten samlet inn over 130 millioner kroner til SUS. Det er gjort rede for hvilket utstyr SIVH har gitt til SUS på stiftelsens nettside.ⁱ SIVH samler ifølge informanten inn penger til «*større utstyr, tekniske nyvinninger, viktig for sykehuset og befolkningen.*»

5.5.3 Initiativ for å skaffe robot til SUS

Samtidig som sykehusledelsen så behov for å styrke rekrutteringen til urologien på SUS, så man også at pasienter med prostatakraft begynte å søke seg til andre regioner for å bli operert med robot, spesielt til Radiumhospitalet og Telemark. Folk i sykehusledelsen opplevde dessuten at pasienter begynte å snakke seg imellom og stilte krav om å bli operert med den nye teknologien. Man hadde imidlertid ikke noe sikkert inntrykk av at pasientorganisasjonene lokalt engasjerte seg – det var mer enkeltpasienter. Man så også at det begynte å påløpe utgifter og tapte inntekter som følge av at pasientene valgte å reise vekk for å la seg operere.

Det forelå ikke penger over de ordinære investeringsbudsjettene til utstyr. SIVH henvendte seg til sykehuset med spørsmål om hvorvidt en innsamling til innkjøp av operasjonsrobot var interessant. SIVH gav uttrykk for at dette ville være et verdifullt tilskudd til behandlingen av

ⁱ www.sivh.no 20.10.2013

regionens befolkning, basert på de erfaringer noen av dem selv hadde. Klinikkdirektør ble invitert til et møte for å fortelle om de faglige aspektene ved denne teknologien. De som sitter i ledelsen i SIVH, har ifølge informanten en bred erfaringsbakgrunn og ønsker å være mest mulig faktabasert. Som rekrutteringsmiddel av både fagfolk og pasienter ble sykehusledelsen interessert i å skaffe en robot.

Kontakten førte til at det ble utformet en avtale om finansiering mellom SIVH og SUS. 13. november 2008 meddelte Stavanger Aftenblad i et intervju med leder i SIVH, Johannes Hausken, at sykehuset hadde takket ja til gaven i form av 15 millioner kroner, og at man nå ventet på at sykehuset skulle bestille roboten.ⁱ I desember 2008 ble det i et møte mellom sykehusledelsen og SIVH lagt opp til at roboten skulle være i drift innen 2009.

5.5.4 Gavedirektiv, styrebehandling og forsinkelse

Imidlertid hadde Helse Vest RHF 17. oktober 08 vedtatt det såkalte gavedirektivet (se kapittel 2.5.3.1). Her forutsettes det at «...gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatt strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes det at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom eller som har konsekvens for investeringsplan, skal behandles i styret i RHF før det aksepteres.» I styresak 047/09B 28. mai 2009 skriver fungerende administrerende direktør Ingar Pettersen til styret i SUS blant annet: «Sykehusets ledelse har ikke vært bevisst disse retningslinjene ved behandlingen av saken opp mot Sykehuset i våre hender. Riktignok ble investeringen nevnt i direktørens rapport til styret høsten 2008, men det er ikke fremmet sak med forslag om godkjenning for mottak av gaven. På denne bakgrunn fremlegges saken for godkjenning i foretakets styre og styret i Helse Vest RHF.»

I framlegget for styret er det interessant å merke seg hvordan robotens egenskaper er beskrevet. Det står at man med robot oppnår en bedre kontroll over kreftsykdommen. Videre at bivirkningene er *vesentlig* redusert, og at rehabiliteringsperioden er *vesentlig* forkortet (min kursivering). Det står også at pasientene i økende grad krever å bli operert med den nye teknikken. Under avsnittet om økonomi skriver sykehusadministrasjonen at «bruk av Da Vinci vil balansere rent driftsøkonomisk». Det skriftlige framlegget for styret etterlater liten tvil om at styret må vedta å motta gaven. Jeg finner ingen innvendinger mot et slikt utfall, eller noen konsekvensanalyse som legger opp til at styret har et reelt valg.

ⁱ <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/Stavanger-far-da-Vinci-robot-2569018.html> 20.10.2013

I påvente av behandling i styret hhv i helseforetaket og det regionale helseforetaket var man tilsynelatende i en situasjon, der det var samlet inn mange millioner kroner fra private givere til en robot, som sykehuset vegret seg for å ta imot. Det ble mye uro, og flere tok til orde for at man ikke kunne gi inntrykk av sykehuset ville «lure» folk som hadde samlet inn penger. SIVH truet med å trekke seg fra samarbeidet med sykehuset. 11. november 2009 sendte SIVH et skarpt brev til sykehuset ved administrerende direktør. Der står blant annet: «Det er med undring og forbauselse at Styret for SIVH nå registrerer at sykehusets ledelse ikke lenger synes å være opptatt av SIVH's virksomhet, og det engasjement foreningen har klart å mobilisere i befolkningen i Rogaland. Innsamlingen til «Da Vinci»-roboten har vært kommunisert til befolkningen på en slik måte at det innsamlede beløpet ikke uten videre kan omdisponeres til annet utstyr. Det vil derfor stille både SIVH og SUS i et merkelig lys dersom SIVH blir nødt til offentlig å redegjøre for at de innsamlede midlene ikke vil bli brukt, og at de derfor vil bli tilbakebetalt til giverne.»

Brevet kan leses som en trussel om å avslutte et samarbeid. Det kunne også virke som styreleder var innstilt på å stoppe hele avtalen. Det var imidlertid viktig for ledende personer ved sykehuset at samarbeidet med SIVH fortsatte, og det pågikk mange samtaler og møter for å opprettholde dette gode samarbeidet. Mye av denne kontakten var basert på samtaler og var i mindre grad skriftlig dokumentert.

5.5.5 Bruk av roboten i Stavanger

Til tross for forsinkelsene som følge av ny styrebehandling, kom roboten til sykehuset i 2010. Det var en forutsetning for fagledelsen at flere spesialiteter kunne gjøre bruk av den nye teknologien og ikke bare begrense det til urologi. I første rekke gjaldt dette gynekologi hvor den ifølge informanten hadde vist seg som et svært nyttig supplement til tradisjonell behandling. En gynekolog fra Malmø var på sykehuset og fortalte om de gode erfaringene de hadde med bruk av roboten. I anskaffelsesprosessen var imidlertid gynekologene og gastroenterologene, som var svært langt fremme nasjonalt i laparoskopisk kirurg, avventende. Gynekologene har i økende grad tatt i bruk roboten, og gastroenterologene har nå startet opp med robotkirurgi. Forutsetningen om brukere fra flere spesialiteter har således slått til.

To urologer startet opp med kirurgien for å skaffe noen best mulig kompetanse med teknikken. Etter hvert utvidet man indikasjonsstillingen, og flere urologer deltok i opplæring også innen nyrekirurgi.

På spørsmål om økonomien i roboten nå, svarer informanten at *«..roboten er en ren utgiftspost for sykehuset på grunn av det dyre engangsutstyret.»* Informanten gir også uttrykk for at sykehuset ikke hadde anskaffet robot dersom SIVH ikke hadde skaffet finansiering: *«Neppe det. Det var for lite investeringsmidler på grunn av den økonomiske situasjonen, og så kostbare nyanskaffelser ville måtte vente på grunn av behovet for å oppdatere og vedlikeholde ordinært utstyr. Nå står SIVH bak innsamlingen til PET til sykehuset, noe som viser at det gode samarbeidet faktisk er opprettholdt.»*

Mot slutten av intervjuet kommer vi inn på hvordan man skal komme videre med å evaluere den egentlige nytten av roboten for pasientene. Jeg spør om man burde tatt et initiativ til å samle erfaringer i form av et nasjonalt kvalitetsregister. Det sier informanten seg prinsipielt enig i, *«..men klinikerne er svært tidspresset med mange arbeidsoppgaver, noe som gjør slik dokumentasjon svært utfordrende.»*

5.5.6 Drivkreftene i Stavanger oppsummert

- Ivareta sykehusets renomme som universitetssykehus
- Vi var redde for å bli hektet av den teknologiske utviklingen
- Ønske om å snu pasientstrømmen tilbake
- Det forelå en finansieringsmulighet
- Robotkirurgi var skånsommere behandling enn åpen kirurgi, som var den alternative metoden i Stavanger
- Viktig for å rekruttere urologer, men det har ikke slått til i samme grad som forventet.

5.6 Sørlandet sykehus

Operasjonsroboten på Sørlandet sykehus er finansiert i form av en gave fra privat giver.

5.6.1 Funksjonsfordeling internt i helseforetaket

Historien om robotanskaffelsen ved Sørlandet sykehus tar utgangspunkt i en planlagt funksjonsfordeling mellom de to store sykehusene i helseforetaket, nemlig Arendal og Kristiansand. Basert blant annet på anbefalinger fra Fagråd for kreft i Helse Sør-Øst (2010) hadde helseforetakets administrasjon besluttet å samle all kreftkirurgi unntatt tykktarmskirurgi i Kristiansand. Den faglige begrunnelsen, slik den ble framsatt av

sykehusdirektøren også i media, var at en moderne, flerfaglig og helhetlig behandling ville man få best til i Kristiansand.

Sykehusets styre ble orientert om denne administrative beslutningen i februar 2012. Det var lagt opp til at all urologisk kreftkirurgi, som representerer den tunge, faglig «spennende» kirurgien, skulle utføres i Kristiansand, mens den mer «hverdagslige», ikke-maligne urologiske kirurgien skulle utføres i Arendal. Tillitsvalgt for overlegene ved Arendal, Egil Hagen, uttalte i intervju med NRK at han forsto den faglige begrunnelsen, men at deres tillit til systemet var svekket. Han var også redd for at rekrutteringen av kirurger til Arendal ville bli så vanskelig at akuttberedskap ikke kunne opprettholdes.ⁱ Lederen for sykehusets støttegruppe, Sykehuset i våre hjerter, beklaget også avgjørelsen i media. Ordføreren i Arendal var oppgitt og skuffet, og varaordføreren i Arendal uttalte at ledelsen ved Sørlandet sykehus satt for tett ved fagfolkene i Kristiansand.^{ii,iii} Utenfra ser dette ut som ganske så tradisjonell norsk lokalsykehusdebatt.

5.6.2 Tilbud om operasjonsrobot fra privat giver

Det var tillyst at styret i møte 29. mars 2012 skulle orienteres mer detaljert om planene for denne funksjonsfordelingen. 27. mars – to dager før styret skulle orienteres – mottok sykehuset et tilbud fra den lokale næringslivsmann Ole G Ottersland om 25 millioner kroner til en operasjonsrobot til urologiske kreftoperasjoner. I brevet til sykehusdirektøren uttrykte Ottersland at forutsetningen for å motta gaven var at roboten skulle plasseres i Arendal, og at den tidligere administrative beslutningen om å legge all urologisk kreftkirurgi til Kristiansand følgelig ble omgjort. Saken ble omtalt i medier samme dag, og Ottersland uttalte også at donasjonen var drøftet og avklart med det kirurgiske miljøet ved Arendal sykehus.^{iv}

Otterslands personlige motivasjon for å kaste seg inn i lokalsykehusdebatten ved å tilby denne gaven er ikke helt klar. Det fins ubekreftede rykter om kjennskap og vennskap og avtaler inngått under en vennskapelig kveld på byen. Selv har Ottersland uttalt til media: «Jeg bor i Arendal og har kjærlighet til vår by og kjærlighet til vårt sykehus. Da er det vel ikke så urimelig at jeg stiller krav om at den (kreftmaskinen) skal få være der.»^v

ⁱ <http://www.nrk.no/sorlandet/kreftkirurgi-lagt-til-kristiansand-1.8004894> 20.10.2013

ⁱⁱ <http://www.nrk.no/sorlandet/svaert-skuffet-halvorsen-1.8006289> 20.10.2013

ⁱⁱⁱ <http://www.nrk.no/sorlandet/ber-sykehusdirektoren-bytte-kontor-1.8018448> 20.10.2013

^{iv} <http://www.nrk.no/sorlandet/vil-gi-kreftmaskin-til-arendal-1.8052921> 20.10.2013

^v <http://www.nrk.no/sorlandet/noktern-til-gave-pa-25-millioner-1.8053127> 20.10.2013

5.6.3 Interne avveininger

De påfølgende ukene ble brukt til å avklare hvorvidt sykehuset kunne motta gaven, og hvilke konsekvenser dette ville få. NRK var stadig aktiv og gikk 29. mars ut med informasjon om at «Robot utsetter flytting av kirurgi».ⁱ I dette oppslaget refererer NRK til styreleder Peder Olsen, som uttalte at funksjonsfordelingen uansett først skulle vært iverksatt et halvt år seinere, slik at tilbudet ikke ville få noen umiddelbare konsekvenser for sykehuset. Det er følgelig ikke godt samsvar mellom overskrift og innhold i presseoppslaget.

Sykehusadministrasjonens første reaksjon var at man ikke kunne ta imot gaven. Det var sykehusets politikk at man ikke tok imot gaver som var i strid med sykehusets egne planer og strategier. Noen oppfattet tilbudet som «lillesøstera til korrupsjon» og ga uttrykk for at kapitalen ikke kan overstyre faglig begrunnede planer. Flere hadde inntrykk av at styreleder, som også var konserndirektør i Helse Sør-Øst, syntes det rent omdømmemessig var vanskelig å si fra seg en så vidt stor donasjon. Signalene fra Helse Sør-Øst for øvrig var ikke entydige, men det lot til være forståelse hos alle for at situasjonen var vanskelig. I ledergruppa ved sykehuset var man samstemte i at den faglig funderte beslutningen om å samle kreftbehandlingen i Kristiansand ikke skulle gjøres om. Utfordringen ble derfor å finne en løsning hvor man kunne motta roboten, plassere den i Arendal og samtidig beholde sentermodellen.

Arbeidet internt gikk ut på å oppnå konsensus blant aktørene i en gi- og ta-prosess, der både hensynet til sykehusets vedtatte strategi og giverens krav ble ivaretatt. Informanten gjentar flere ganger at i en slik situasjon handler det om å oppnå konsensus – «...*veldig viktig med konsensus, forankring, ikke tenke flertallsdemokrati i slike situasjoner*». Det ble holdt flere møter med mange sentrale aktører fra de to sykehusene, og alle møter ble referatsført og undertegnet av alle tilstedeværende.

5.6.4 Tilbudet om gaven trekkes midlertidig tilbake

I møtet 21. mai tok så denne arbeidsgruppa inn et punkt om at man innen en tidshorisont på 5-7 år skulle vurdere å anskaffe robot også i Kristiansand. Konsensusprosessen var på dette tidspunktet nær slutført. Samme dag som formuleringen om framtidig robot i Kristiansand ble lagt tatt inn referatet, varslet imidlertid Ottersland at han ville trekke gaven tilbake.

ⁱ <http://www.nrk.no/sorlandet/robot-utsetter-flytting-av-kirurgi-1.8055185> 20.10.1013

Brukerutvalget ved sykehuset (BU) engasjerte seg. I møtoreferat fra BU dagen etter (22. mai 2012) – sak 43/12 – står følgende: «Under møtet fikk adm. direktør melding om at «Robotgaven til Arendal trekkes». Dette er meget beklagelig, også sett i lys av all den tid og krefter som SSHF har lagt ned for å få til en god løsning. BU var enige om å sende ut en pressemelding om saken.»

Meldingen fra Ottersland utløste formodentlig mye annet engasjement og diplomati de neste ukene. Fungerende ordfører, Anders Kylland uttalte til NRK Sørlandet at han forsto hvorfor Ottersland trakk gaven, og videre at han «er spent på hva innstillingen til styret blir når det gjelder kreftkirurgien og delingen av ansvarsområder mellom sykehusene i Kristiansand og Arendal. – Det som vil være ubegripelig for meg, er hvis sykehusstyret fatter et vedtak som gjør at de sier nei til denne gaven på 25 millioner kroner.»ⁱ

5.6.5 Avtale om gave til operasjonsrobot inngås

Hva og hvem som fikk Ottersland til å ombestemme seg og likevel velge å donere roboten til sykehuset, er ikke helt klart. 4. juni 2012 avga imidlertid styreleder Peder Olsen ved helseforetaket og Ottersland en felles skriftlig uttalelse der de blant annet skriver: «Ole G Ottersland AS vil donere 25 millioner kroner til Sørlandet sykehus HF til innkjøp og drift av operasjonsrobot. Ottersland ønsker at gaven skal bidra til å styrke det kirurgiske fagmiljøet og bedre rekrutteringen ved sykehuset i Arendal. For å sikre god kvalitet i behandlingen ønsker Ottersland at man legger opp til et bredt samarbeid mellom fagmiljøene i Arendal og Kristiansand.» Videre står det at «operasjoner for prostatakraft skal utføres i Arendal ved hjelp av operasjonsroboten så sant det faglig ligger til rette for slik behandling. Kirurger både fra Arendal og Kristiansand skal inngå i teamet av operatører.» Og videre at «det forholdet at det doneres en operasjonsrobot til sykehuset i Arendal, er ikke til hinder for at sykehuset ved behov kan anskaffe operasjonsrobot i Kristiansand i et 5-7 års perspektiv». Avtalen og e-posten som fulgte var gjengitt i pressen samme dag.ⁱⁱ

I den samme uttalelsen fra Olsen og Ottersland er det også tatt til orde for kommende organisasjonsendringer, idet man viser til at «sykehuset vil videreutvikle samarbeidet mellom Arendal og Kristiansand ved å etablere felles ledelse også på avdelings- og seksjonsnivå.» Informanten framholder også at et positivt resultat av hele prosessen rundt roboten var at man

ⁱ <http://www.nrk.no/sorlandet/trekker-gaven-pa-25-millioner-1.8149036> 20.10.2013

ⁱⁱ <http://www.agderposten.no/nyheter/her-er-robotavtalen-mellom-ottersland-og-olsen-1.7384371> 20.10.2013

fikk etablert stedsovergrepene. Dette var i neste omgang med på å samle og roe fagmiljøene.

5.6.6 Behandling i helseforetakets styre

22. juni 2012 ble det så lagt fram en beslutningssak for styret i helseforetaket. I denne saken viser administrasjonen for det første til Helse Sør-Østs retningslinjer for mottak av gaver, som forutsetter at nettopp styrebehandling skal skje. Historien i saken gjennomgås kronologisk, og det redegjøres for premissene både fra givers og sykehusets ståsted. Man nevner ikke konflikten som oppsto 21. mai. I framlegget redegjør administrerende direktør for sine argumenter for å takke ja til gaven (punktlista under er resyme av argumentene i framleggets pkt 1.7):

- Det er framtidsrettet teknologi, som forventes å bedre medisinske resultater i framtida.
- Et samlet urologmiljø på sykehuset mente det var nødvendig med robot for å følge med i behandlingstilbudet.
- Befolkningen oppfatter at robot gir bedre kvalitet og ønsker å ha en slik.
- Sykehuset vil få en kommunikasjonsutfordring til befolkningen dersom man avslår gaven.
- Det fins ikke mulighet innenfor ordinære budsjett til å skaffe robot de neste fem årene.
- Operasjonsrobot rekrutterer fagpersoner.
- Helseforetaket frykter pasientlekkasje og dermed for svakt pasientgrunnlag og i neste omgang rekrutteringsproblemer.
- Medisinske studier på pasienter med prostatakraft viser gunstigere effekter i opptil ett år etter robotkirurgi sammenliknet med kikkeshullsoperasjoner.

Styret vedtok å ta imot gaven med de betingelsene som fulgte av den felles uttalelsen fra giver Ottersland og styreleder Olsen 4. juni. Roboten ble fysisk stasjonert i Arendal, kreftsenteret lagt til Kristiansand som opprinnelig planlagt, og robotassisterte prostatektomier utført i Arendal av urologer fra begge sykehus.

5.6.7 Styringsgruppe for bruk av roboten

Det ble nedsatt en styringsgruppe for bruk roboten, som ble gitt et mandat knyttet til kvaliteten på behandlingen. Ifølge informanten er det et problem at det er få inngrep totalt.

Det er i alt sju urologer på de to sykehusene, og det utføres rundt 50-60 prostatektomier årlig. Vanlig faglig krav til volum/operatør er ifølge informanten 50 inngrep årlig. På intervjutidspunktet var det ledig kapasitet på roboten. Det ble diskutert i styringsgruppa om også gynekologene skulle slippe til og ta roboten i bruk, eller om det ville være i strid med styrevedtaket.

5.6.8 Andre avveininger

På mitt spørsmål om gaven dekker de økte utgiftene knyttet til engangsutstyr, svarer informanten at *«det er et kunststykke å få pengene til å strekke til.»* De økte utgiftene til engangsutstyr, som anslås til mellom 10 000,- og 30 000,- kroner pr operasjon, må tas over ordinært driftsbudsjett. Gaven skulle dekke service i tre år, men det er usikkert om det holder. *«Sykehusledelsen ville ikke prioritert 25 millioner kroner av investeringsbudsjettet til en robot.»*

Jeg spør om pasientsikkerhet ble vurdert, og får det bekreftet: *«Det er i hvert fall ikke vist i noen studier at det går dårligere med pasientene»*ⁱ

5.6.9 Drivkreftene på Sørlandet sykehus – oppsummert

- Roe to fagmiljøer i konflikt*
- Ikke tape omdømme utad ved å takke nei til en stor gave
- Rekruttere og beholde leger
- Rekruttere og beholde pasienter
- Ikke dårligere teknologi enn «gamlemåten»

*Informanten tar ikke dette med å samle fagmiljøene i sin oppsummering, men denne begrunnelsen går som en rød tråd gjennom hele intervjuet. En uttalelse fra sykehusdirektør Jan Roger Olsen bekrefter også dette i intervju med NRK 21. mai (før gaven igjen ble trukket): *«Dette har vært en særdeles vanskelig sak å håndtere, men hvis utfallet kan bli at vi herfra kan ha et mer samordna fagmiljø på tvers av de to sykehusene, så er det en betydelig gevinst.»*

ⁱ Informanten opplyser at det pr september 2013 foreligger upubliserte tall fra helseforetaket som indikerer at kvaliteten på behandlingen øker, ved at andelen pasienter som har frie operasjonsrender - der man altså forventer at alle kreftcellene lokalt er fjernet - er økt fra 65 % til 90 % etter at man tok roboten i bruk.

5.7 Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Helse Nord var den helseregionen som anskaffet robot sist, og den er kjøpt for offentlige midler over UNNs/Helse Nords ordinære budsjett.

5.7.1 Faglige overveielser

Klinikkledelsen så behov for en modernisering av den kirurgiske virksomheten og ønsket å ta tak i to hovedutfordringer, som hang sammen:

- Det var ønskelig å få en overgang til minimal invasiv kirurgi
- Det perioperative systemet måtte forbedres.

Mens gastrokirurgene var på UNN allerede var gode på laparoskopisk bekkenkirurgi, hadde urologene på UNN god kompetanse på og tradisjon for åpen kirurgi. Det var viktig for klinikk/avdelingsledelsen å få modernisert den operative urologiske virksomheten.

Overlegestaben i urologi var gjennomgående eldre og i hovedsak utdannet i tradisjonell åpen kirurgisk teknikk. Det var således viktig å få lært opp de unge. En urolog fra London ble headhuntet. Denne urologen var meget dyktig i laparoskopiske teknikker, både konvensjonell og robotassistert laparoskopi og i tillegg akademisk skolert. Han hadde også iverksatt et program for systematisk praktisk opplæring bestående av «tørrtrening», trening på dyremodeller etc – svært forskjellig fra den tradisjonelle kirurgiske «mester-svenn-opplæringen», som ellers har vært vanlig.

Klinikkledelsen spurte London-urologen til råds om hvorvidt en robot burde ha en plass i moderniseringsplanene. Urologen hevdet at det ikke var sterke faglige argumenter for å satse på robotassistert kirurgi framfor konvensjonell laparoskopi.ⁱ

Foruten å spørre denne urologen om råd gikk klinikkledelsen selv gjennom vitenskapelig litteratur for å se hvilke fordeler som var vist med robotkirurgi. Klinikkleder sendte også i september 2010 en hastebestilling til Kunnskapssenteret med anmodning om å få gjort en systematisk kunnskapsoppsummering. Bestillingen har tittel: «Er prostatektomi utført vha DaVinci robot bedre enn laparoskopisk prostatektomi?». Bestillingen er slik begrunnet:

ⁱ Det var overraskende å få presentert så klart at konvensjonell laparoskopi er et alternativ også innen urologien. Ifølge informanten er det helt selvsagt at også urologiske operasjoner kan gjennomføres laparoskopisk uten bruk av robot. Gastrokirurger opererer jo med laparoskop i det samme området ved nedre tarmkirurgi. Informanten mente det snarere er kultur og tradisjon som gjør at urologer ikke i stort omfang hadde tatt opp laparoskopi som metode innen robotene ble lansert.

«Det er stort press fra industrien og enkelte fagmiljøer som hevder at prostektomier nå bør gjøres vha robot. Vi satser på å utvikle vårt minimalt invasive tilbud vha laparoskopisk metode da vi mener at litteraturen ikke viser forskjell i resultater på disse to metodene. Laparoskopisk metode vil være vesentlig billigere og derved frigjøre midler til andre trengende pasienter. Hvis vi skal kunne forsvare et slikt valg, må det foreligge solid dokumentasjon fra Kunnskapssenteret.». De endepunktene man ba om at skulle bli vurdert, var «overlevelse, komplikasjoner innen 30 dager og langtidskomplikasjoner, kostnad pr prosedyre inklusive innkjøp og forbruksutstyr. ... KS (Kunnskapssenteret) vurderte robot versus åpen prostektomi for noen år siden. Situasjonen er i dag at robot er innkjøpt mange steder i syd/øst/vest og midt-Norge, men ikke i Helse Nord. Den første vurderingen vurderte ikke robot mot laparoskopisk metode.»

Informanten opplyser at UNN aldri fikk noe svar fra Kunnskapssenteret på denne hastebestillingen, og han vet dermed ikke om eller hvordan den ble vurdert.ⁱ

Samtidig vokste det også fram interesse for bruk av robot blant gynekologer og gastrokirurger ved UNN, hvor heller ikke disse miljøene hadde spesielt sterke tradisjoner for laparoskopi. *«Gynekologene brukte jo laparoskop, men på avgrensede indikasjoner, og gastrokirurgene noe mindre enn de kanskje burde?»* Klinikledelsen var således opptatt av hvordan man kunne styrke den laparoskopiske virksomheten generelt på sykehuset. Vel innforstått med at de vitenskapelige resultatene av robotassistert prostatakirurgi ikke forsvarte en investeringskostnad på 20-25 millioner + økte driftskostnader ønsket klinikledelsen primært å ta i bruk andre tiltak for å styrke den moderne laparoskopien, f. eks satse på bedre og mer systematisk opplæring og trening.

Et annet initiativ hadde betydning for spørsmålet om anskaffelse av robot. På UNN hadde man over 10-15 år bygget opp og drevet et meget solid senter for inkontinensproblematikk. Det dreide seg om inkontinens blant annet etter store bekkenskader og kompliserte fødsler. Avansert kirurgi i nedre bekkendel inngikk derfor som en del av den tverrfaglige tilnærmingen. Konturene av et bekkenkirurgisk senter tegnet seg, og man vurderte å søke status som Nasjonalt kompetansesenter.

ⁱ Til tross for relativt omhyggelig leting har heller ikke jeg funnet begrunnelsen for hvorfor denne bestillingen ikke nådde opp eller hva som skjedde med den.

5.7.2 Lokalpolitisk engasjement og fravær av private givere

Samtidig som klinikkledelsen så behovet for modernisering, stilte noen av de politisk oppnevnte representantene i styret spørsmål om hvorfor UNN ikke hadde en robot, slik som sykehus sørpå hadde. Ifølge informanten er det politiske miljøet opptatt av at sykehuset har moderne utstyr.

Forretningsmannen Trond Mohn fra Bergen hadde tidligere donert penger til en PET-skanner på sykehuset, og klinikkledelsen håpet at det kanskje ville komme en privat giver av robot på banen, men det skjedde ikke. Det finnes ingen sterk venneforening til UNN, og på spørsmål om det noen gang ble tatt initiativ til en privat innsamlingsaksjon, slik som på andre sykehus, svarte informanten at det er ingen tradisjon for å gi til sykehusene nordpå – *«det virker som folk i større grad tar for gitt at vi fins»*. Roboten på UNN ble således fullt og helt offentlig finansiert over sykehusets ordinære investeringsbudsjett.

5.7.3 Framlegg for styret i helseforetaket

Til styremøtet 20. juni 2011 la administrerende direktør fram en omfattende orienteringssak om robotassistert kirurgi i UNN HF. Styret ble orientert om tre hovedelementer, nemlig at UNN HF snarest

- vil gå til innkjøp av en operasjonsrobot, type Da Vinci
- iverksetter en plan for organisering av bekkenkirurgi i form av et tverrfaglig minimal aksess team ibefattende kirurgi for urologisk, gynekologisk og gastroenterologisk kirurgi
- starter et opplærings- og utdanningsprogram innen laparoskopisk og robotassistert kirurgi som kan betjene UNN HF og Helse Nord sine øvrige foretaks behov på et internasjonalt nivå.

I saksframlegget blir det framholdt at «så lenge robotkirurgien kun har hatt en indikasjon ved prostatakirurgi, og resultatene i forhold til kreftsykdommen ved konvensjonell kirurgi er like gode, har vi kunnet forsvare denne mangelen. ...I resten av landet tilbys nå robotassistert kirurgi til alle som trenger kirurgisk behandling for prostatakreft. Det er derfor et betydelig og økende press fra våre pasienter for å få et slikt tilbud når de skal opereres.»

Det er videre i saksframlegget argumentert for at volumet av inngrep hadde vært i et grenseland for forsvarlighet, så lenge man hovedsakelig har benyttet roboten til

prostataktomier, som da var anslått til ca 80 pr år ved UNN. «Imidlertid har den senere tid vist at resultatene ved robotkirurgi ved endetarms- og gynekologisk kreftsykdom også synes å være bedre enn ved laparoskopisk metode. Derved blir behovet vesentlig større idet vi opererer ca 80 pasienter for endetarmskreft og ca 40 pasienter for gynekologisk kreft pr år, og det totale antallet bekkenoperasjoner for kreft som ville ha utbytte av robotassistert kirurgi, er cirka 200-250 inngrep/år».

I risikovurderingen i saksframlegget er det formulert følgende: «Slik dette feltet har utviklet seg de siste årene, synes den største risikoen at vi ikke snarest etablerer et slikt tilbud i UNN. Dersom vi ikke etablerer det, vil vi med stor sannsynlighet ikke kunne forsvare å behandle våre pasienter det er snakk om i vår region».

Saksframlegget for styret er vedlagt et internt notat på ti sider med tittel «Minimal Access Surgery in Tromsø: Building an international centre of excellence for treatment, training and education».

Det er ikke referert noe i styremøteprotokollen om styrets behandling av orienteringssaken utover at den er tatt til orientering.

5.7.4 Utviklingen etter at roboten er på plass

Roboten ble installert på UNN i august 2012, og innen utgangen av 2013 er det ventelig gjort i størrelsesorden 200 robotassisterte prosedyrer. Det er etablert et eget robotstyre, som består av leder for de tre kirurgiske avdelingene (urologi, gynekologi og gastrokirurgi) i tillegg til operasjonsavdelingen og anesthesiavdelingen. Dette robotstyret fordeler operasjonsdager «uten at det har vært de store bøljer». Det er plukket ut to operatører fra hver av de kirurgiske avdelingene, og man lærer i øyeblikket også opp en tredje, og også denne utplukkingen har ifølge informanten gått smidig og greit for seg. Den headhuntede urologen fra London er stadig tilknyttet UNN i en delstilling.

Sykehusledelsen har utfordret øre-, nese- og halslegene og hjertekirurgene til å vise interesse for å lære seg robotassisterte teknikker, men interessen har vært laber. Gynekologene har benyttet roboten i en viss grad også til ikke-ondartet kirurgi i opplæringsøyemed, men i hovedsak benyttes den til kreftkirurgi.

5.7.5 Konsekvenser for organisering og utdanning

Informanten er bekymret for utdanningssituasjonen i regionen. Politikerne har bestemt at det skal være kirurgisk akuttberedskap i Narvik, Harstad og Tromsø. Det betyr at man må ha fullt oppegående operasjonsteam på de tre stedene gjennom døgnet, og dermed må også de samme kirurgene ha noe meningsfylt å gjøre på dagtid. For at kvaliteten på arbeidet skal bli tilfredsstillende, er det nødvendig å ha en vesentlig grad av funksjonsfordeling. For å sikre fullverdig opplæring av utdanningskandidater innen kirurgiske fag og støttefag (radiologi og anestesilogi), må utdanningskandidatene i fremtiden rullere mellom ulike sykehus, og *«det setter Legeforeningen seg imot. Vi har et antikvarisk utdanningssystem.»*

Det er nå også et engasjement i Bodø for å skaffe en robot til sykehuset der. Informanten var opptatt av at urologene i Bodø burde starte trening med robot ved UNN: *«Det hadde vært best om det ble felles pool av «roboturologer» med Bodø, og at de gjerne opererte sine egne pasienter også ved UNN. På sikt vil jo teknologien endre seg, bli billigere og mer tilgjengelig. Det ville da være fint om Bodøkirurgene også har en grunnerfaring.»*

5.7.6 Drivkreftene ved UNN – oppsummert

- Ledelsen ønsket å modernisere virksomheten ved å gå over til mindre invasive metoder, men planla primært å gjøre dette i form av konvensjonell laparoskopi
- Politikerne ville at sykehuset skulle ha moderne teknologi
- Man så at pasientene i noen grad søkte seg ut av regionen. Dette var et viktig argument.
- Økonomiske argumenter var overhodet ikke til stede – konvensjonell laparoskopi er billig, mens robot er dyrt i innkjøp og bruk

6 Diskusjon

6.1 Oppsummering av funnene

Perspektiv

Avgjørelsen om å anskaffe operasjonsroboter har vært tatt ut fra perspektivet til *hvert enkelt foretak*. Det er den nytten eller verdien roboten var ment å tilføre det enkelte foretak, som har blitt vektlagt, ikke hensynet den samlede norske (spesialist)helsetjeneste. Selv om beslutninger på ett helseforetak har virket inn på vurderingene på de andre, er det er *summen av enkeltstående beslutninger* ved de enkelte foretakene som har ført til dagens situasjon, ikke en planmessig, koordinert, nasjonal innføring.

Drivkrefter

Innføringen av operasjonsrobotene har vært ulikt motivert ved de ulike foretakene, men noen drivkrefter gjenfinnes flere steder. Ved å anskaffe operasjonsrobotene har helseforetak hatt til hensikt å

- stimulere, rekruttere og utvikle egne fagmiljøer
- imøtekomme ønsker fra pasienter og sørge for at pasienter velger å la seg behandle på sitt eget sykehus
- sikre prestisje og posisjonering
- ivareta og styrke et godt omdømme i lokalmiljøet
- gjennomføre ønskede organisasjonsendringer
- ta vare på en finansieringsmulighet

6.2 Innføring gjennom et nasjonalt system?

«Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten» er i kapittel 2.4. beskrevet som et foreløpig klimaks i forvaltningens arbeid med å systematisere og styre innføringen av ny teknologi i sykehusene. Dersom dette systemet allerede hatt vært etablert i 2005, og operasjonsrobotene skulle blitt innført i helsetjenesten gjennom dette systemet, ville prosessen og resultatene kunne vært omtrent slik:

1. Noen melder inn til systemets sekretariat at det fins interesse for operasjonsroboter, og teknologien settes på programmet for systemets bestillerforum.
2. *I påvente av vurdering i systemet tas det absolutt ingen initiativ ute i tjenestene for å skaffe robot, og eventuelle initiativ fra fagfolk, pasienter, venneforeninger, private givere eller andre avvises.*
3. Det bestilles og utføres en metodevurdering. I vurderingen kommer det fram at den dokumenterte mereffekten er sparsom, at kostnadene er høye, og sikkerheten ved klinisk bruk er lite undersøkt.
4. På bakgrunn av metodevurderingen tar et beslutningsforum bestående av direktørene ved de fire RHFene en omforent avgjørelse om hvorvidt operasjonsroboter skal finansieres i spesialisthelsetjenesten. De kan enten si et samlet nei til å ta teknologien i bruk, lage en plan for en koordinert innføring, eller gi et generelt «klarsignal» til de foretakene som skaffer/har penger.
5. *Samtlige helseforetak vil deretter lojalt følge opp den omforente beslutningen og stadig avvise alle initiativ for å sette denne til side.*

Det nasjonale systemet må oppfattes som en normativ modell – en «bruksanvisning» for hvordan roboter og annen teknologi heretter skal innføres. I min studie av hva som faktisk har skjedd, har jeg påvist et betydelig avvik fra denne modellen. Jeg har avdekket at enkeltstående lokale initiativ fra fagfolk, pasienter, givere, lokalpolitikere m. fl. har vært førende for den samlede innføringen av teknologien – slike initiativ som man i den tenkte prosessen for innføring (over), forutsetter at ikke vinner fram. Det er uklart om forutsetningene i punkt 2 og 5 er realistiske. Det er et åpent spørsmål om man har erkjent hvor sterke de reelle drivkreftene for innføring av ny teknologi er, da sentrale myndigheter rigget det nasjonale systemet.

Hovedinformanten fra Telemark oppsummerte denne slik da han uttalte: «*Man må forstå beslutninger i helsetjenesten i skjæringspunktet mellom politikk, fag og ledelse.*» Han kom også gjentatte ganger tilbake hvordan sentrale beslutningstakere hadde undervurdert sterke lokale krefter, ikke minst sterke lokalpolitiske krefter som satte sentrale føringer til side. Også ved UNN lot det til at det var engasjementet til lokalpolitikere i sykehusstyret som ble avgjørende – man ville ikke være dårligere enn sørpå. Uavhengig av nasjonale systemer er det nå pågående lokale initiativ for å skaffe operasjonsroboter flere steder som

Nordlandssykehuset, Sykehuset Innlandet og nå sist på Ahus, der den fremste roboturologen fra Radiumhospitalet nylig er tilsatt.ⁱ

6.3 Rasjonelle beslutninger

Beslutningene om å innføre operasjonsroboter er tatt i de enkelte helseforetakene, og situasjonen nasjonalt i dag er resultat av summen av enkeltstående ikke-koordinerte lokale beslutninger.

Selv om beslutningene er *annerledes* begrunnet enn hva sentrale myndigheter forutsetter i styringssystemer og -dokumenter, er både styringssystemene og beslutningene om å kjøpe eller motta operasjonsroboter rasjonelt begrunnet. Som omtalt i teorikapittelet er rasjonalitet ikke entydig begrep.

Jeg har ikke tatt mål av meg til å analysere beslutningsprosessen ved hvert enkelt foretak separat. En slik gjennomgang ville i hvert fall jeg og ventelig også informantene opplevd som en revisjon, hvilket jeg verken har forutsetninger for, ønske om eller mandat til å gjøre. Jeg har heller ikke til hensikt å framstå som normerende. Av denne grunn strukturerer diskusjonen av mine funn som i teorikapittelet og gjøre rede for enkelte situasjoner der de ulike formene for rasjonalitet som Lai beskriver, er gjenkjennelig.

Optimeringsstrategier = formell (full) rasjonalitet

Det nasjonale systemet for innføring av nye metoder er basert nærmest på en ren optimeringsstrategi - det Lai omtaler som formell rasjonalitet. Hensikten er å optimere *den samlede nytten* av teknologi som er tatt/skal tas i bruk i spesialisthelsetjenesten. Med nytte mener jeg her både effekt, målt f. eks i økt levetid eller bedret livskvalitet, og kostnadseffektivitet.

I systemet ser det ut som man legger til grunn at alle beslutningsaktørene deler oppfatning av hva som er nyttig - at preferansene er de samme. Men det er også en annen mulighet, nemlig at systemet er innført nærmest for å *tvinge* beslutningstakerne inn i en slik felles forståelse.

Jeg synes ikke det er mulig ut fra min kartlegging å finne tegn til at man på noe helseforetak har lagt et slikt nyttemaksimerende perspektiv til grunn da man vurderte å anskaffe robot. Så er da også et av mine vesentligste funn at hver enkelt beslutning er tatt ut fra perspektivet til

ⁱ <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/kreft/Sider/enhet.aspx> 13.11.2013

det enkelte helseforetak. Og selv om hver enkelt beslutning skulle ha vært nyttemaksimerende for det enkelte helseforetak, er det ikke gitt at summen av alle beslutningene er det som gagnar den samlede nasjonale spesialisthelsetjenesten best.

Begrenset rasjonalitet (limited rationality)

Under omtalen av begrenset rasjonalitet har jeg trukket fram den såkalte «alternativkostnaden», som representerer andre tiltak man heller kunne anvendt ressursene til. Dette begrepet er for øvrig ganske vanskelig å forstå for folk, og jeg mener derfor man heller bør snakke om nettopp «alternativ ressursbruk».

De beslutningene jeg har studert, er alle tatt av flere aktører, som både hver for seg og samlet har begrenset rasjonalitet. Lai og March skriver at et problem med begrenset rasjonalitet er at man overforenkler; man ser ikke alle de alternativer man egentlig har og går dermed glipp av potensielt gode løsninger. (31;32) Når enkelte uttalte at «*det at vi hadde penger, gjorde at vi slapp å prioritere*», er det uttrykk for en slik overforenkling. Alle ressurser har en alternativ bruk, og det kan hende den mest «nyttige» anvendelsen er til helt andre tiltak eller pasientgrupper.

Intuitiv rasjonalitet

«*Vi mente vi var med på noe nytt og spennende, som representerte framtida*», uttalte en av informantene, mens en annen sa at «*når ny medisinsk teknologi ikke sables ned med en gang, så er det kommet for å bli*.» Dette kan ses på som intuisjon.

I tilknytning til begrepet intuisjon drøfter Linda Lai emosjoner i beslutninger. Man kan vanskelig begrunne kjøp av dyre luksusartikler med en nytteverdi, sier hun og hevder det kan hende man vel så mye kjøper seg en *følelse*. Dette er gjenkjennelig fra intervjuene. En av informantene la for eksempel vekt på sykehusets nyervervede status som universitetssykehus, og med statusen fulgte en forventning om å ha utstyr som tilsvarende sykehus hadde. Den avventende holdningen som informanten mente at fagmiljøet i Telemark sto for – respekt for den medisinske orden - kan også ha med det samme å gjøre nemlig, men med motsatt fortegn: Man ønsket ikke «å bryske seg» - å gi seg ut for å være «høyere på strå» enn det man syntes at sømmet seg.

Spill

Som omtalt tidligere kan det se ut som man fra helseforvaltningen legger til grunn at beslutningstakerne i spesialisthelsetjenesten har sammenfallende preferanser og interesser,

eller i hvert fall har til hensikt at de skal få det. Min kartlegging viste at det ikke er slik i dag. Mye av bakgrunnen for at stadig flere roboter er anskaffet – og ventelig også blir det - er at det eksisterer *konkurransforhold* mellom de ulike helseforetakene og helseregionene. Man konkurrerer om de beste fagfolkene og om pasientgrunnlaget. Flere anga at den viktigste grunnen til å skaffe robot var at man begynte å se eller fryktet at pasienter søkte seg bort til andre helseforetak eller sågar helseregioner. Fra en ren optimeringsstrategisk tenkning med et nasjonalt perspektiv kunne jo dette være bra, særlig dersom det førte til at den samlede kapasiteten for robotkirurgi i Norge ble utnyttet bedre. Men slik virker det ikke i helsetjenesten – de enkelte foretakene har ansvar for *sine* pasientpopulasjoner, *sine* budsjetter og er ansvarlig i *sin* styringslinje for resultatene. Og rekrutterer et foretak de beste urologene – ja, så skjer jo det på bekostning av andre helseforetak.

Spillrasjonalitet, sier Linda Lai, handler nettopp om evnen til å tilfredsstille sine egne behov i konkurranse med andre. Preferansene kan være de samme, men ikke nødvendigvis delte. Alle kan være enige om målet – å gi den aller beste pasientbehandlingen - og alle kan dele oppfatningen om hvilket virkemiddel som skal til, for eksempel å tiltrekke seg de aller beste fagfolkene. Dette fører aktørene imidlertid *ikke* inn i en optimeringssituasjon basert på formell rasjonalitet, men inn i en reell konkurranse.

Jeg har ikke gått så detaljert inn i de interne prosessene på sykehusene at jeg har kartlagt hvordan det *interne* spillet på helseforetakene har blitt håndtert i disse beslutningsprosessene. Jeg er sikker på at den har vært merkbar. Man deler tross alt et felles budsjett, der 60 % av inntektene er basert på et rammetilskudd til foretaket,ⁱ og det er vanligvis kamp både om ressurser og oppmerksomhet i budsjettprosessene.

Posteriorirasjonalitet

Det kom fram i intervjuene at alle informantene var innforstått med at robotteknologien påførte foretakene ekstra utgifter. Samtidig var de klar over at det ikke forelå gode holdepunkter for at teknologien ga vesentlig bedre resultater for pasientene, spesielt med hensyn til kontroll av kreftsykdommen. Da jeg mottok tilbakemeldinger på intervjuene noen måneder seinere, understreket imidlertid flere av informantene at *nå* begynner å komme resultater på *deres* sykehus, som indikerer at pasientbehandlingen bedres. Dette er selvsagt

ⁱ Fordelingen mellom den rammebaserte og den innsatsbaserte finansieringen til den somatiske spesialisthelsetjenesten er for tida slik at 60 % kommer fra et felles rammetilskudd og resten er basert på DRG-poeng som følge av aktiviteten.

gledelig både for pasientene det gjelder, og gledelig for helseforetaket som har skaffet seg kostnadsdrivende utstyr.

Men kan dette også være uttrykk for en viss grad av posteriorirasjonalitet? Gjennom framveksten av den kunnskapsbaserte helsetjenesten er vi velkjent med begrepet «evidence-based decision-making». I en artikkel fra 2010 speilvendes begrepet, og forfatterne spør: «Is Decision-based evidence making necessarily bad?». (38) Her tar forfatterne delvis til motmæle mot det de kaller seremonielle, regelbundne beslutningsprosesser, som de mener kan ha betydelige negative virkninger. Blant annet kan positive krefter i organisasjonen føle seg tilsidesatt og demoralisert. Det er verdifullt i seg selv, hevder forfatterne, for moralen i organisasjonen at man i etterkant støtter oppunder og rettferdiggjør de beslutningene som faktisk er fattet.

Ulike beslutningsstrategier

Med hensyn til ulike beslutningsstrategier trekker March opp et hovedskille mellom regelbundne - «rule based» - beslutningsstrategier og strategier som ikke følger oppsatte regler. (31) Som påpekt i kapittel 2.4. er selve *beslutningsprosessen* lite påaktet i det nasjonale systemet for innføring av ny teknologi. Forarbeidene og oppspillet til systemet etterlater imidlertid ikke tvil om at det legges opp til ganske så regelbundne beslutninger: Er teknologien effektiv nok og kostnadseffektiviteten tilstrekkelig høy, bør den innføres, og i motsatt fall ikke. Så er det naturligvis en gjenstående utfordring at man ikke har noen gitte grenser verken for hva som regnes som tilstrekkelig effekt eller kostnadseffektivitet.

Det blir interessant å følge med på hvor instrumentelle og regelbaserte beslutningene i det nasjonale systemet blir. Også aktørene i dette systemet er plassert i det «virkelige livet», der andre hensyn og verdier også blir vektlagt. «Prioriteringer,» hevder den danske filosofen Lars Henrik Schmidt, «er det samme som preferanser, og preferanser er synonymt med smak. Derfor reflekterer gode prioriteringer at man har god smak.»ⁱ Det gjenstår å se om smaken til beslutningstakerne i det nye systemet er så forutsigbar og samstemt som det er lagt opp til.

De beslutningene jeg har studert, har ikke fulgt noen tydelige regler, men heller vært preget av stor grad av opportuniste. Mest tydelig har det vært der det plutselig bød seg en finansieringsmulighet. Da gjaldt det å være på rett sted til rett tid og gripe muligheten. Så ga da også flere av informantene uttrykk for at den plutselige finansieringsmuligheten i seg selv var en drivkraft for innføringen.

ⁱ Foredrag på årsmøte i Foreningen af Speciallæger, Vejle i Danmark, 7. oktober 2011

6.4 Pasientforeningenes standpunkter

Ved de fleste helseforetakene har man lagt vekt på det forholdet at pasienter ønsker å bli operert med robot. Enkelte informanter har også gitt uttrykk for at de lokale pasientforeningene eller mer uorganiserte pasientgrupper har engasjert seg. Jeg har spurt Kreftforeningen sentralt om man der har hatt noen mening om hvorvidt pasienter bør søke seg til sykehus som har robot. I en e-post 7. februar 2013 skriver assisterende generalsekretær at Kreftforeningen ikke har gitt pasienter noen anbefaling, men bedt dem avklare med egen lege hva som er best for dem. Den nasjonale prostatakreftforeningen, PROFO, er av samme oppfatning. I et brev som jeg mottok i kopi i februar 2013, skriver nestleder Nils Petter Sjøholt at på generelt grunnlag ser PROFO både positive og negative sider ved de forskjellige behandlingsformene som er i bruk, men at de overhodet **ikke** tar stilling til behandlingsformene eller gir anbefalinger til pasienter om å velge den eller andre metoden.

Ikke alle lokale pasientforeninger har hatt den samme holdningen. Vinteren 2012 sendte PROFO Vest-Agder et brev til Sykehuset Sørlandet, der foreningen tok til orde for at sykehuset må «sørge for å skaffe til veie en robot». «Slik situasjonen er i dag i vår region, vil PROFO Vest-Agder klart anbefale menn som har fått diagnosen prostatakreft til å søke behandling ved andre sykehus - for eksempel Radiumhospitalet, som har robot som hjelpemiddel,» skrev PROFO videre i brevet, som var undertegnet av leder og sekretær.

6.5 Gaver med bindinger

Fire av de sju robotene er finansiert ved gaver fra private. Robotene i Bergen og i Arendal ble skaffet for penger donert av en rik næringslivsmann.ⁱ I Orkdal ba sykehuset om penger fra Sanitetsforeningen, og i Stavanger hadde venneforeningen samlet inn penger. Etikprofessor Bjørn Hofmann stiller seg svært kritisk til mottaket av gaven i Arendal i kronikken «Når roboter styrer sykehus». (39) Hofmann minner om at givere med mindre klart uttalte mål enn Ole G Ottersland i Arendal som regel også har en hensikt med å gi en gave, og gaver har effekter mottakeren kanskje ikke ser for seg eller ønsker. Det kan f. eks være at helsetjenestens oppmerksomhet dreies i en bestemt retning.

Hofmann hevder at gaver som regel oppstår og forekommer i miljøer med overskudd – hvor man er mest opptatt av sykdommer og behandlingsformer med høy status og prestisje.

ⁱ En liten andel var i Bergen samlet inn av venneforeningen før denne store gaven kom på bordet.

Prostatakreft er typisk en tilstand som (middel)aldrende menn med penger og makt er bekymret for. En av informantene uttalte: «*Menn er redde for inngrep som kan frata dem potensen.*» Og en annen av informantene ga uttrykk for at når næringslivsfolk gir penger til utstyr på sykehus, vil man som oftest gi til «*noe stort og spektakulært*». Bjørn Hofmann illustrerer dette poenget med at «en gave på 25 millioner kroner til en samtalebasert terapi med godt dokumentert effekt neppe hadde styrket eller reddet sykehuset i Arendal».

«Det er etisk problematisk at sykehus tar imot gaver som styrer funksjonsfordeling og prioritering,» skriver Hofmann videre og viser til at helseforetakenes retningslinjer for mottak av gaver ikke medfører noen reelle endringer – ut over at sakene skal styrebehandles, og skriver videre: «Sykehusene er til salgs – ikke for knapper og glansbilder – men for teknologi, eller mer spesifikt: kirurgisk teknologi, både for hjerte, hjerne og organer under beltestedet.»

Hofmann ser imidlertid helt bort fra de *negative* konsekvensene av å takke nei til gaver. Selv om man både i Stavanger og på Sørlandet erkjente de dilemmaene Hofmann skisserer, var man også opptatt av at det ville vært uheldig for omdømmet og for relasjonen til samarbeidspartnere om man hadde frasagt seg gaven. I Arendal var både ordfører og varaordfører tydelig på hva de mente sykehuset burde gjøre. I Stavanger truet venneforeningen med å bryte samarbeidet, hvilket nok ville ha vært et langt større tap for omdømme enn for sykehusøkonomien. Et lokalsykehus er avhengig av befolkningens tillit, og sykehus drives best dersom det er et gjensidig tillitsforhold mellom ledelse og fagmiljøer. Og fagfolk har støttespillere i lokalpolitikk og lokalmiljø for øvrig. Sett fra Sykehuset Sørlandets side er det forståelig om man vurderte følgene av å takke *nei* som verre enn konsekvensene av å takke ja.

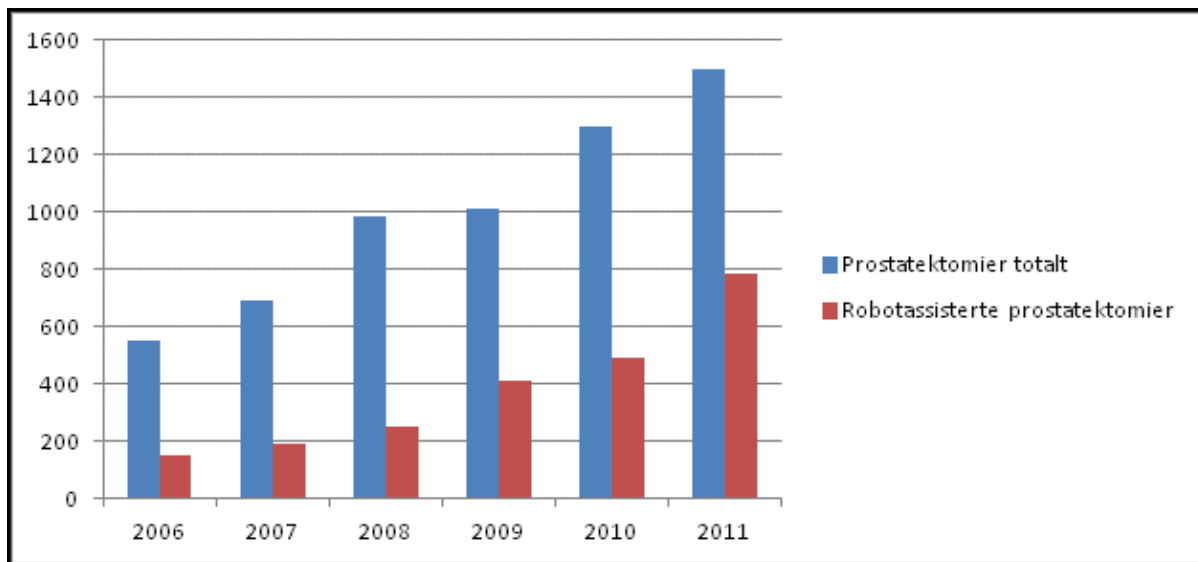
Norge har liten tradisjon for mottak av gaver fra private til offentlig virksomhet. I USA er dette et langt mer utbredt fenomen, og giverens navn er ofte framhevet på det utstyret som er gitt: «This robot was donated by...» Det er grunn til å tro at amerikanske givere i minst like stor grad som norske velger å gi til spektakulært utstyr framfor til forbruksmateriell, og at dette kan være med på å drive de amerikanske helseutgiftene i været.

6.6 Toys for boys?

Det foreligger i prinsippet tre behandlingsformer for prostatakraft: primær stråling, primær kirurgi (med eller uten robot) og aktiv overvåkning.ⁱ

Forekomsten av prostatakraft henger sammen med hvor mange som screener seg for denne sykdommen.ⁱⁱ Screening gjøres ved blodprøver. Dersom en biomarkør i blodprøven, PSA (prostata spesifikt antigen) er økt, *kan* det tyde på kreft i prostatakjertelen. Det er ingen eksakt grense for hvilken PSA-verdi som indikerer kreft. Det er hevdet at mange utredes (og behandles?) unødige fordi økte PSA-verdier oppdages ved en tilfeldig undersøkelse. (40) Prostatakraft er dessuten en sykdom som hos mange utvikler seg langsomt, og som mange derfor kan leve ubehandlet med i mange år. Når den i tillegg hovedsakelig rammer eldre menn, betyr det at langt fra alle rekker å «nyttiggjøre» seg en aktiv behandling før de dør av helt andre sykdommer.

I forberedelsene av saken for Nasjonalt råd kartla sekretariatet antall prostataoperasjoner i Norge basert på tall fra Norsk pasientregister og påviste en utvikling som ikke var kjent fra før: (35)



Figur 3 viser økningen i antall prostatektomier med og uten robot i perioden 2006-11

ⁱ I de nasjonale retningslinjene anbefales at pasienter med lavrisikokreft (definert etter gitte kriterier) som første valg skal tilbys aktiv overvåkning. Det betyr at sykdomsutviklingen følges etter et gitt skjema over tid (gjør mange år), uten at man i utgangspunktet planlegger noen medisinsk intervensjon.

ⁱⁱ Ingen land anbefaler screeningprogrammer for prostatakraft, men mange pasienter og leger velger likevel å måle PSA som en «sjekk» - såkalt villscreening. Villscreening med PSA øker sterkt.

I perioden 2006-2009 økte antall tilfeller av prostatakreft med 13 prosent (tall fra Kreftregisteret), mens økningen i antallet prostatektomier var som figuren viser betydelig større. Det kan være flere grunner til denne utviklingen. Det er imidlertid *ikke* slik at de kunnskapsbaserte eksplisitte faglige rådene, slik de f. eks er uttrykt i de nasjonale faglige retningslinjene, tilsier at kirurgi bør velges oftere enn tidligere.

Det er derimot grunn til å tenke at det *kan* være slik at når fagfolk har fått seg artig høyteknologisk utstyr, så ønsker man å bruke det. «Ledig kapasitet på roboten» gjorde dessuten i følge flere av mine informanter at sykehusledelsen ønsket å få andre fagfolk interessert i teknologien. Jeg har selv opplevd hvordan tilgang til spennende teknologi er med på å flytte indikasjonsstillinger. Det er en godt begrunnet hypotese at deler av den økningen vi påviste i antall prostatektomier, er en *konsekvens* av at det er anskaffet operasjonsroboter i norsk helsetjeneste og ikke nødvendigvis medisinsk indisert. Så ba da også Nasjonalt råd Helsedirektoratet om å utrede hvorvidt denne utviklingen er i pasientenes interesse.

Nasjonalt og internasjonalt er det en økende interesse for overbehandling og overdiagnostikk i helsetjenesten. British Medical Journal lanserte i 2012 en kampanje som belyser denne problematikken - Too Much Medicine Campaign. (41) Elshaug og kolleger har gjennomgått mer enn 5000 relevante publiserte artikler om tiltak i helsetjenesten som i artiklene beskrives som «potentially unsafe, ineffective or otherwise inappropriately applied». Ett av tiltakene som gikk igjen, var nettopp radikal prostatektomi. (42)

6.6.1 Konsekvenser av økt antall operasjoner

Dersom det er slik – som postulert i avsnittet over – at tilgang til teknologien i seg selv er indikasjonsdrivende, er det grunn til å tenke annerledes om effektdokumentasjonen. Som vist i kapittel 2.6.3 er den mest overbevisende positive effekten av å operere med robot at andelen som får potensproblemer, går ned. Dette har også vært et vesentlig moment for flere aktører ved innføringen i Norge. La oss postulere at bare halvparten så stor andel får potensproblemer dersom robot benyttes. Hvis antall operasjoner fordobles som følge av at den nye teknologien er tatt i bruk, vil antallet personer med potensproblemer etter robotkirurgi være uendret. Og tilsvarende resonnement må brukes på de øvrige utfallene, der de positive effektene som muligens er vist, er langt mindre. Dette resonnementet illustrerer at skal man kartlegge effekten av et tiltak i helsetjenesten for en befolkning, holder det ikke å summere effektene for enkeltpasienter fra kontrollerte studier! På samme måte må man tenke om kostnadene –

man kan ikke regne inn bare de merkostnadene som oppstår som følge av at hver enkelt behandling er dyrere, men også ta hensyn til bruken av den nye metoden i helsetjenesten. Til dette hjelper ikke tradisjonell kunnskapsoppsummering med Cochrane-metodikk og liknende!

6.6.2 A point of attraction

Noen har gjort omtrent det samme som jeg har gjort i denne studien. En gruppe fra den nederlandske organisasjonen Dutch Health Care Insurance Board (CVZ) har intervjuet 28 personer fra ulike ståsteder om motivasjonen for å ta i bruk og erfaringer med operasjonsroboter.ⁱ (43) Utvalget av informanter var bredere enn mitt. CVZ intervjuet blant annet urologer og operasjonssykepleiere, pasienter og pasientorganisasjoner, ledere i helsetjeneste og i helseforsikringsselskaper og helsejournalister. Informasjonen ble sammenholdt med kunnskapsgrunnlaget. En konklusjon var at drivkreftene for innføringen var å finne i et samspill mellom produsenten, helsetjenesten, pasientene og forsikringsselskapene. Videre fant CVZ holdepunkter for at opplevde *ønsker* ble forvekslet med *behov*, og at de smarte navnevalgene (som Da Vinci) bidro til at aktørene ble tiltrukket av apparatet. Forfatterne konkluderer med at Da Vinci-roboten er «a point of attraction».

6.7 Pasientsikkerhet

Som beskrevet i bakgrunnskapittelet står ikke bare oppsummert forskning om effekt, men også om sikkerhet ved nye metoder sentralt i den kunnskapsbaserte helsetjenesten. I Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet hevdes det at det er et problem at nytt kirurgisk utstyr tas i bruk uten at sikkerheten er tilstrekkelig kartlagt. (11) Dette er en erfaring man kjenner godt igjen fra klinikken.

Jeg spurte informantene om pasientsikkerheten ble særskilt vurdert og fikk ulike svar. Enkelte sa at det ikke var særskilt diskutert, andre at man tok for gitt at robotoperasjoner var minst like sikkert som tidligere teknikker, men andre igjen hadde forsøkt å få kartlagt problemstillingen enten via kunnskapsoppsummeringer eller annen gjennomgang av litteratur.

ⁱ CVZ: College voor zorgverzekering har blant sine oppgaver å analysere data og skaffe beslutningsgrunnlag for hvilke tjenester som skal refunderes av de ulike helseforsikringsselskapene i Nederland.

Ikke fra noen av helseforetakene som har innført robotkirurgi, er det tatt initiativ for å få opprettet et nasjonalt kvalitetsregister, men samtlige sykehus registrerer data i interne pasientjournalsystemer.

Sikkerhetsaspektet ved robotkirurgi er nå offentlig debattert i USA etter at det er rapportert økende omfang om pasientskader. En forskergruppe har gått gjennom 245 innmeldte alvorlige pasientskader i tilknytning til robotkirurgi i perioden 2000-2012, hvorav 74 dødsfall, og fant holdepunkter for underrapportering av skader. (44) I et intervju er forfatterne dessuten bekymret for om skader som skyldes feil på utstyret, feilaktig registreres som brukerfeil.ⁱ

Skadepanoramaet ved robotkirurgi er omfattende og inkluderer skader som følge av at robotarmene løsner under operasjonen. Ifølge Teknisk Ukeblad har Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) myndighetsansvar for sikkerheten ved elektromedisinsk utstyr, og DSB hadde i mars i år ikke mottatt meldinger om slike hendelser i Norge.ⁱⁱ

Den amerikanske godkjenningsmyndigheten FDA har igangsatt en egen granskning av operasjonsrobotene og sendte 16. juli 2013 etter en inspeksjon et «warning letter» til produsenten.ⁱⁱⁱ Det var avdekket at enkelte roboter ikke var tilstrekkelig sikkerhetsklart, og 30 roboter ble trukket tilbake.^{iv} FDA-granskningen vedvarer.

På den amerikanske anestesilegekongressen i oktober 2013 ble det rapportert om tilfeller av varig blindhet etter prostataoperasjoner med robot. Dette avdekket gjennom studier av databasen over klagesaker til amerikanske forsikringsselskaper.^v Denne komplikasjonen skyldes det helt spesielle leiet pasientene ligger i; hodet tippet kraftig nedover i mange timer gir økt venetrykk i hodet, og synsnerven kan bli varig skadet. Dette er en velkjent komplikasjon til andre operasjoner hvor pasienten ligger lenge med hodet ned, men ses ikke ved åpne prostataoperasjoner.

Kunnskapssenteret har ansvar for den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser i helsetjenesten. Der har jeg fått opplyst at det har kommet inn noen meldinger om uheldige hendelser under robotassistert kirurgi, men ingen tilfeller av blindhet (oppdatert 1. september

ⁱ <http://www.medscape.com/viewarticle/810490> 23.10.2013

ⁱⁱ http://www.tu.no/industri/2013/03/14/gransker-operasjonsroboter-etter-flere-uhell?utm_source=newsletter-2013-03-15&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter 23.10.2013

ⁱⁱⁱ <http://www.fda.gov/ICECI/EnforcementActions/WarningLetters/2013/ucm363260.htm> 23.10.2013

^{iv} <http://www.advisory.com/Research/Technology-Insights/The-Pipeline/2013/07/FDA-announces-recall-for-da-Vinci-Robot-What-does-it-mean-for-your-robotics-program> 23.10.2013

^v <http://depts.washington.edu/asacp/projects/postoperative-visual-loss-registry> 23.10.2013

2013). Én rapportert feilmelding på roboten hadde ført til at man ikke kunne benytte den videre under operasjonen. Det var enkelte tilfeller av utilsiktede hull på indre organer, men det er ikke gjort noen analyse som viser om det er en overhyppighet av dette ved robotkirurgi sammenholdt med andre teknikker.

Bekymringene om pasientsikkerheten illustrerer noen meget viktige poenger. I tillegg til at man bør kartlegge sikkerhetsaspektene så godt råd er og i størst mulig grad uavhengig av produsenten når nye metoder tas i bruk, bør man også være oppmerksom på uventede hendelser og rigge seg slik at sikkerhetsdata fra virkelig bruk registreres og analyseres. Innenfor legemiddelfeltet oppfordres det spesielt til å melde fra om mulige bivirkninger av nye medikamenter. Den samme årvåkenheten har ikke vært til stede på teknologifeltet. Nasjonale kvalitetsregistre kunne være et godt hjelpemiddel og burde etter min mening vært etablert parallelt med at man tok de første robotene i bruk.

En tilgrensende problemstilling er spørsmålet om pasientsamtykke. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett til informasjon om behandlingen, inkludert informasjon om hvor sikker og velprøvd metoden er. Om verken sykehusledelse eller fagfolkene har vurdert at det å ta roboten i bruk, *kan være* forbundet med *økt* risiko, er det liten grunn til å tro at dette har blitt vektlagt i kommunikasjonen med pasientene.

6.8 Innovasjon og fagutvikling

Samtlige informanter har gitt uttrykk for at man var kjent med at robotkirurgi medfører økte kostnader, og at dokumentasjonen for bedre resultater var sparsom. Alle har like fullt uttrykt tro på at teknologien har kommet for å bli, og at robotteknologien vil bli brukt i økende grad framover. I første setning i vedtaket om robotkirurgi fra prioriteringsrådet heter det da også: «Det er ønskelig at norsk helsetjeneste er en arena for teknologiutvikling.»

De store framskrittene i helsetjenesten har ikke kommet som følge av beslutninger i helseforvaltningen, kanskje snarere tvert imot. Da Norges første hjertetransplantasjon ble utført på Rikshospitalet i 1983, hadde ulike fagmiljøer forberedt seg godt over lenger tid og blant annet trent på gris. Det manglet imidlertid formelle godkjenninger for å starte opp virksomheten. Da et egnet donorhjerne brått ble tilgjengelig en lørdagskveld for en 22 år

gammel svært hjertesyk kvinne, ble transplantasjonen utført uten at man tok seg tid til å vente på noe klarsignal fra departementet.ⁱ (45)

I tidlig fase etter at konvensjonell laparoskopi var tatt i bruk, var det ikke uvanlig at inngrep som tidligere hatt tatt få minutter, varte i flere timer. Ikke bare hver enkelt kirurg, men et helt fagmiljø må gjennom læringskurver når nye metoder tas i bruk. I dag ville ingen ta til orde for å gå tilbake til gamle kirurgiske teknikker framfor laparoskop ved en rekke inngrep. Det ville i så fall sette medisinen langt tilbake, både med hensyn til pasientbehandlingen, men også ut fra en vurdering av kostnadseffektiviteten. Men - det er høyst usikkert om laparoskopi hadde blitt tatt tilrådd innført etter en vurdering i et nasjonalt system for kunnskapsbasert innføring av nye metoder. I initialfasen kan laparoskopi umulig ha tilført den mereffekten pasienter i dag nyter godt av. Det er ikke utenkelig at vi er i en tilsvarende fase nå i innføringen av robotteknologien, noe også flere informanter uttrykte tro på.

På den kommende konferansen i den internasjonale organisasjonen for metodevurderinger, HTAi2014, er det tillyst en sesjon om hvorvidt metodevurderinger hindrer innovasjon. Det er et forhold som etter min mening har vært for lite påaktet.

6.9 Avsluttende refleksjoner

Jeg forsvarte min doktoravhandling i 2007. Den tok for seg to nye teknologier innen anestesifaget – et apparat som skal måle hvor dypt pasienten sover under narkose (BIS), og computerstyrte pumper for intravenøse anestesimidler (TCI). I alle de kliniske arbeidene som inngår i avhandlingen, studerte jeg hvorvidt teknologien er presis nok, om det er samsvar mellom predikerte og målte blodkonsentrasjoner av medikamenter osv. Ikke en eneste gang – verken i diskusjonen i de fire artiklene som inngår, eller i avhandlingens generelle kapitler – har jeg tatt opp spørsmålet om disse teknologiene tilfører helsetjenesten noen reell nytteverdi eller om den eventuelle tilleggsnytt kan forsvare de økte kostnadene. Jeg var en ekte kliniker og klinisk forsker i en teknologisk orientert spesialitet og var fascinert av teknologiske nyvinninger.

I dag ville jeg hatt en helt annen tilnærming og i møte med disse teknologiene trolig utelukkende spurt og lett etter om de tilfører helsetjenesten noen merverdi og i så fall til hvilken pris. Man blir så preget av det ståstedet man har! Og for meg er det - for tida - i det

ⁱ En av de legene som deltok, beskriver det som at «det skjedde nærmest under bordet».

nasjonale prioriteringsarbeidet. Selv om erkjennelsen av denne forvandlingen er underlig, gjør den samtidig at jeg lett kan sette meg inn i den fascinasjonen både klinikere og sykehusledere kan ha overfor operasjonsrobotene. En av informantene også uttrykte med et glimt i øye, men like fullt med et seriøst budskap: «*Kirurger skal også ha noe artig å holde på med.*» jeg mener at trivsel, autonomi og yrkesstolthet er viktige forutsetninger for fagutvikling. Videre mener jeg at den merverdien som nettopp den iveren fagfolk selv har etter å utvikle faget, er for lite verdsatt i styringen av helsetjenesten.

Gjennom intervjuene og det temmelig krevende arbeidet med å tilegne meg en viss innsikt i teori om ulike former for rasjonalitet i beslutninger, har jeg fått en helt annen forståelse enn jeg hadde for hvorfor robotteknologien er tatt i bruk i helsetjenesten. Jeg tror at en slik gjensidig forståelse for ulike aktørers holdninger og motivasjon er betydningsfullt i arbeidet med å utvikle helsetjenesten videre.



7 Litteraturliste

- 1 Nylenna M. Helseforvaltningen - en del av problemet eller løsningen i helsetjenesten? In: Nylenna M. Mellom politikk og klinikk i hundre år. 2013. s.136-52
- 2 Hærnes K.H, Brathaug A.L. Helseregnskapet - et internasjonalt system. Økonomiske analyser 2012;(2):18-23
- 3 Nylenna M. Kunnskapsbasert medisin. Tidsskr Nor Legeforen 1996;116:1817
- 4 Mørland B, Piene H. Etablering og utvikling av medisinsk metodevurdering i Norge - hvorfor og hvordan? Michael 2012;9(2):95-108
- 5 <http://www.cochrane.org/> 13.11.2013
- 6 Mørland B. Erfaringer fra 5 år med medisinsk metodevurdering i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2003;123:1213-5
- 7 Innstilling fra sosialkomitéen om lov om helseforetak m.m. Innst.O.118 (2000-2001)
- 8 Lønning I. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23
- 9 Lønning I. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997:18
- 10 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr 16 (2010-2011)
- 11 God kvalitet - trygge tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld nr 10 (2012-2013)
- 12 <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/presentasjoner-fra-fagseminar-.aspx> 13.11.2013
- 13 Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten - for bedre og tryggere pasientbehandling. Juni 2013. Tilgjengelig på:
<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/system-for-innforing-av-nye-metoder/slik-fremmer-du-forslag/Documents/Systembeskrivelse.pdf>
- 14 Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV 1999-07-02-63
- 15 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og klagenemnd. FOR 2000-12-01-1208
- 16 Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. LOV 1999-07-02-61

- 17 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet IS 5/2013
- 18 Lov om helseforetak m.m. LOV 2001-06-15-93
- 19 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. LOV 2011-06-24-30
- 20 Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 12. februar 2007. Avsnitt 4.4.4
Tilgjengelig på:
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Foretaksmoeter%202007/protokoll-
endelig%20OST.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Foretaksmoeter%202007/protokoll-
endelig%20OST.pdf)
- 21 Økonomisk evaluering av helsetiltak - en veileder. Helsedirektoratet IS-1985 (2012)
- 22 Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring, ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget. FOR 2000-02-18-108
- 23 Lov om offentlige anskaffelser. LOV 1999-07-16-69
- 24 Forskrift om offentlige anskaffelser. FOR 2006-04-07-402
- 25 http://www.intuitivesurgical.com/products/products_faq.html#19 13.11.2013
- 26 Høymork SC. Anestesi i endring. Tidsskr Nor Legeforen 2010;130:364
- 27 Juvet LK, Arentz-Hansen H, Movik E. Effekt av robotassistert kirurgi sammenlignet med åpen og laparoskopisk kirurgi for prostatektomi. Formidlingsak fra Kunnskapssenteret 16.11.2012
- 28 Berge V, Berg RE, Hoff JR, Wessel N, Diep LM, Karlsen SJ, et al. A prospective study of transition from laparoscopic to robot-assisted radical prostatectomy: quality of life outcomes after 36-month follow-up. Urology 2013;81(4):781-6
- 29 Graff B.A, Norderhaug I.N. Robotassistert kirurgi ved prostatakreft. Notat fra Kunnskapssenteret (2006)
- 30 Tapper A.M, Hannola M, Zeitlin R, Isojärvi J, Sintonen H, Ikonen T.S. Robotic assisted hysterectomy: advantages, disadvantages and costs. Rapport fra Mumm, Finland. Suomen Lääkärilehti 2012;67(44)
- 31 March J.G. A Primer on Decision making. How Decisions Happen. The Free Press; 1994
- 32 Lai L. Dømmekraft. Tano Aschehoug; 1999
- 33 Andersen S.S. Aktiv informantintervjuing. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 2006;22:278-98
- 34 Harvey W.S. Strategies for conducting elite interviews. Qualitative Research 2011;11(4):431-41

- 35 Saksframlegg for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig på:
<http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/robotassistert-kirurgi-i-norge> 2012
- 36 Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013-2017. Helse Vest RHF. Tilgjengelig på:
[http://www.helse-vest.no/omoss/styret/Documents/2013/2013-04-10/Sak%204613%20B%20Vedlegg 1 Regional plan kirurgi.pdf](http://www.helse-vest.no/omoss/styret/Documents/2013/2013-04-10/Sak%204613%20B%20Vedlegg%201%20Regional%20plan%20kirurgi.pdf)
- 37 Arentz-Hansen H, Ormstad SS, Hamidi V, Juvet LK, Fure B, Norderhaug IN. Utprøving av mini-HTA i Helse Vest. Notat. Kunnskapssenteret 2011. 1-121. 11-4-2011
- 38 Tingling P.M, Brydon M.J. Is Decision-Based Evidence Making Necessarily Bad? MITSloan Management Review Summer 2010 2010 Jun 26
- 39 Hofmann B.M. Når roboter styrer sykehus. Tidsskr Nor Legefor 2013;133:538-40
- 40 Breidablik HJ, Meland E, Aakre KM, Forde OH. PSA-måling og prostatakraft - overdiagnostisering og overbehandling? Tidsskr Nor Legeforen 2013;133:1711-6
- 41 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. BMJ 2013;347:f4247
- 42 Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. Med J Aust 2012;197(10):556-60
- 43 Abrishami A. Da Vinci Surgery: Is it a No-brainer? Robotic-assisted Prostate Surgery in the Mirror of Social Health Insurance. Dutch Health Care Insurance Board (CVZ) 2011
- 44 Cooper MA, Ibrahim A, Lyu H, Makary MA. Underreporting of Robotic Surgery Complications. Journal for Healthcare Quality 2013; doi: 10.1111/jhq.12036
- 45 Feiring E. Hjertetransplantasjon - 20 år etter. Tidsskr Nor Legeforen 2013;123:2904-7

Vedlegg

1. Brev til fagdirektører i regionale helseforetak og helseforetak
2. Intervjuguiden
3. Skjema for informert samtykke-erklæring
4. Retningslinjer fra de regionale helseforetakene vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser og legat

Siv Cathrine Høymork
Kunnskapssenteret
Pb 7004 St Olavs plass
0130 OSLO
sch@kunnskapssenteret.no
tlf 92632220

Oslo, 8. januar 2013

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene og
Fagdirektører/medisinske direktører ved

Oslo Universitetssykehus HF
Sykehuset Telemark HF
Sørlandet sykehus HF
Haukeland universitetssykehus HF
Stavanger universitetssjukehus HF
St Olavs hospital HF
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Orientering om masteroppgave om robotkirurgi

Jeg er student ved det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon på Universitetet i Oslo. I min masteroppgave, som jeg tar fatt på nå, vil jeg studere de *beslutningene* som ligger til grunn for innføringen av operasjonsroboter i Norge. Veileder for oppgaven er førsteamanuensis Eli Feiring, Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn.

Min "vanlige" jobb er som avdelingsdirektør i Kunnskapssenteret, der jeg leder sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Vi har i 2012 utredet en sak om robotkirurgi i et prioriteringsperspektiv for rådet. Med masteroppgaven har jeg et annet mål, nemlig å beskrive og i noen grad analysere *de beslutningene* som har ligget til grunn for de anskaffelsene som er gjort. Jeg understreker at arbeidet med masteroppgaven ikke er koplet til prioriteringsrådets eller Kunnskapssenterets arbeid.

Jeg vil komme til å kontakte sentrale personer for intervjuer, men i første omgang vil jeg rette henvendelser til arkiv etc for å få hjelp til å finne fram til relevant og offentlig tilgjengelig dokumentasjon som styrevedtak og -dokumenter. Om det er særskilte kontaktpersoner dere ønsker jeg skal benytte, så gi meg gjerne beskjed.

Jeg håper at denne informasjonen bidrar til at jeg blir møtt med velvilje under innhenting av informasjon. Ta kontakt om det ønskes mer informasjon om prosjektet.

Vennlig hilsen



Siv Cathrine Høymork, lege, PhD, spesialist i anesthesiologi

Siv C Høymork – masterprosjekt om robotkirurgi

Intervjuguide for innhenting av informasjon fra fagdirektører eller den som har sittet nærmest beslutningen og eventuelt utarbeidet beslutningsgrunnlaget for anskaffelsen.

1. Sjekke at faktiske opplysninger om styrevedtaket er riktig gjengitt eller framskaffe disse. Hva fantes av beslutningsgrunnlag, konsekvensanalyser? Hva står i styremøterefateratet?
2. Hvilke hensyn ble tillagt vekt i drøftingene/beslutningene?
 - a. Faglig press/faglig prestisje (folde på fagfolk)
 - b. Pasientpress (redd for pasientstrøm andre steder)
 - c. Andre pressgrupper (lokalaksjon, pasientforeninger etc)
 - d. Medisinsk (dokumentert) effekt
 - e. Omdømme
 - f. Geografi
 - g. Andre hensyn
3. Om mulig rangere de ulike hensynene i beslutningen – trolig en subjektiv vurdering. Kan jeg få gjengi denne med kilde?
4. Ble alternativ bruk av pengene vurdert – prioriteringsspørsmål?
5. Forholdet mellom private donasjoner og offentlige anskaffelser.
 - a. Ville vurderingen blitt annerledes dersom finansieringen hadde vært annerledes?
6. Forholdet til overordnede føringer
 - a. I hvilken grad ble RHFenes direktiv for mottak av gaver lagt til grunn i drøftingene – bare aktuelt etter 2008?
 - b. Utredningsinstruksen
7. Hvilke konsekvenser ser du for deg at anskaffelsen av robot komme til å ha for funksjonsfordeling og andre organisatoriske forhold ved helseforetaket/i helseregionen?

Informasjon om forskningsprosjekt – innføringen av robotkirurgi i Norge

Du inviteres til å delta som informant i et prosjekt, der formålet er å kartlegge årsakene til at det er anskaffet operasjonsroboter ved norske helseforetak.

Prosjektet er ment å benyttes i en masteroppgave ved Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn. Prosjektleder og veileder er førsteamanuensis Eli Feiring. Datainnsamling i form av personlig intervju foretas av mastergradsstudent Siv Cathrine Høymork.

Som informant vil du kunne være identifiserbar i oppgaven. Du får anledning til selv å lese gjennom og godkjenne det som blir referert av den informasjonen du gir i intervjuet.

Etter at prosjektet er avsluttet – etter planen 1. november 2013 – vil personidentifiserbare notater fra intervjuet slettes.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og du har anledning til å trekke deg fra studien så lenge den pågår uten å måtte oppgi noen grunn.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om forskningsprosjekt om innføringen av robotkirurgi i Norge og er villig til å delta i studien.

Sted og dato: _____

Navn: _____

Signatur: _____

RETNINGSLINJER VEDRØRENDE HELSEFORETAKENES FORHOLD TIL GAVER, STIFTELSE OG LEGATER

I. GENERELL DEL

1.1 Bakgrunn

Foretaksmøtet ba 24. februar 2008 de regionale helseforetakene om å utarbeide retningslinjer vedr helseforetakenes forhold til stiftelser, gaver mv i felleskap.

1.2 Formål

Retningslinjene skal bidra til å sikre foretakets autonomi og være et hjelpemiddel for å ivareta foretakets aktsomhets- og undersøkelsesplikt som følger av regelverk og foretakets rolle som offentlig tjenesteyter. Det er viktig å sikre at helseforetakene har et profesjonelt og ryddig forhold til tilgrensede stiftelser og legater, at gaver blir benyttet til sitt formål og at mottak av gaver blir gjenstand for en forsvarlig vurdering i forhold til etiske problemstillinger, foretakets formål og strategier og virksomheten for øvrig.

1.3 Retningslinjenes virkeområde

Retningslinjene gjelder for samtlige av helseregionens foretak, og skal legges til grunn for etablering og videreføring av samarbeid med stiftelser og legater, mottak av gaver og donasjoner til foretaket fra stiftelser og legater, samt andre utenfor spesialisthelsetjenesten, herunder privatpersoner og kommersielle virksomheter. Rutinen gjelder ikke ved mottak av tilskudd eller midler fra offentlige organer med lovpålagt finansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Gaver og lignende til helsepersonell faller også utenfor virkeområdet, da dette er regulert i egen forskrift, Forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse av 29. august 2005 nr. 941, til helsepersonellovens § 9.

1.4 Forholdet til offentligrettslig regelverk

Retningslinjene kommer i tillegg til det regelverk som helseforetak er omfattet av, jf særlig helseforetaksloven og forvaltningsloven, forskrifter og eierfastsatte krav. Ved eventuell motstrid går regelverk og fastsatte eierkrav foran disse retningslinjene.

1.5 Definisjoner

Med *gave* forstås enhver vederlagsfri overføring av en formuesverdi eller formuesposisjon, f.eks fast eiendom, løsøre, verdipapirer, penger, gjenstander eller liknende, uavhengig om overføringen er øremerket til et eller flere bestemte formål eller ikke. Overføring på grunnlag av testamente (arv) likestilles med gave, likeså overføring av formuesverdier til underpris.

Med *stiftelse* forstås en formuesverdi som ved testament, gave eller annen rettslig disposisjon selvstendig er stilt til rådighet for et bestemt formål av ideell, humanitær, kulturell, sosial,

utdanningsmessig, økonomisk eller annen art, jf stiftelsesloven § 2. Såfremt en formuesverdi selvstendig er stilt til rådighet som beskrevet, er den en stiftelse selv om den er betegnet som legat, institusjon, fond eller annet.

1. 6 Vedtakelse

Retningslinjene er vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF RHF, den 4. september 2008.

II. FORHOLDET TIL GAVER

2. 1 Rutiner for aksept og mottak

Foretaket skal etablere interne rutiner med fullmaktstruktur for mottak av gaver. Som hovedregel bør den være sammenfallende med foretakets øvrige fullmaktsrammer.

Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres. Likeså forutsettes at gaver som kan påvirke funksjonsfordelingen mellom helseforetak, eller som har konsekvens for investeringsplan skal behandles i styret i RHF før de aksepteres.

Før foretaket aksepterer en tilbudt gave skal følgende være vurdert;

- habilitet, jf forvaltningsloven §§ 6 flg. Både forholdet mellom stiftelsen/giver og foretaket, samt forholdet til den som beslutter mottak, må vurderes. Det er særlig viktig å iakttas relasjoner som kan være egnet til å svekke tilliten til foretaket, eller dets omdømme. Habilitet må også vurderes ift biervervreglene.
- hvorvidt mottak vil være forenlig med det til enhver tid gjeldende regelverk, jf bla helsepersonelloven § 9, samt eventuelle eierfastsatte krav.
- etiske problemstillinger knyttet til giver og eventuelt mottak av gaven, jf foretakets etiske retningslinjer og samarbeidsavtalen med legemiddelindustriforeningen.
- omdømmemessige problemstillinger, f eks om giver er involvert i virksomhet eller utøver virksomhet som foretaket ikke ønsker å bli identifisert med
- hvorvidt relasjonen til helseforetaket kan utnyttes i kommersiell, eksempelvis reklamemessig sammenheng, og i så fall konsekvensene av dette
- hvorvidt mottak kan påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer
- hvorvidt mottak av gave kan medføre konkurransevridding i forhold til andre aktører i markedet
- eventuelle andre konsekvenser for foretaket og dets virksomhet, eksempelvis omprioriteringer, endrede driftsutgifter, langsiktige kostnader
- foretaket bør undersøke stiftelsesregisteret der gaven ønskes gitt av en stiftelse, fond mv og for øvrig andre tilgjengelige offentlige registre der giver vil kunne være registrert.

Gaver med begrenset verdi, båregaver mv, som åpenbart ikke er egnet til å påvirke foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, kan mottas umiddelbart, så fremt det for øvrig fremstår som kurant.

Foretaket bør gjennom kommunikasjon og samhandling med giver tilstrebe størst mulig handlingsrom for foretaket ved anvendelse av gaven, eventuelt innenfor et overordnet fastsatt formål.

Er gaven en bruksrett eller delvis overføring av eiendomsrett, eller eiendom med påhvilende heftelser, skal det før mottak av gaven skriftlig avtales hvorledes kostnader ved gaven, eventuell inkorporering i foretakets eiendom, påkostninger eller investeringer i gaven, samt eiendomsrett i forhold til slike investeringer, skal fordeles.

Når mottak av gaven er vurdert i henhold til ovenstående, skal giver underrettes skriftlig om foretakets beslutning. Blir gaven akseptert, skal giver om mulig også på hensiktsmessig måte, informeres om hvorledes gaven vil bli anvendt.

Foretaket bør i samarbeid med giver vurdere om, og eventuelt hvordan gaven skal kommuniseres ut til offentligheten.

2. 2 Forvaltning av gaver

Foretaket skal etablere interne rutiner som sikrer at;

- Gaver som mottas, forvaltes og anvendes i samsvar med det fastsatte eller avtalte formål.
- Gaver skal, i regnskapsmessig sammenheng dokumenteres og holdes atskilt fra foretakets øvrige midler. Foretakets regnskapsrutiner må utformes slik at dette sikres, samt legge til rette for oppfølging, herunder ettersporbarhet i forhold til kontroll og revisjon
- pengegaver som ikke er anvendt plasseres slik at foretaket oppnår en akseptabel avkastning og risiko sett i forhold til givers ønske og foretakets behov.
- Renter av gaver skal som hovedregel tilfalle det påtenkte formålet. For større gaver vurderes dette særskilt under hensyn til foretakets autonomi.
- Midler som av ulike årsaker forblir ubrukte, skal foretaket vurdere å benytte til andre formål, i samarbeid med giver.
- Ansvar for oversiktighet og rapportering ivaretas, jfr. pkt. VI.

III. FORHOLDET TIL STIFTELSE OG LEGATER

3. 1 Rutiner og saksbehandling ved opprettelse av stiftelser

Det skal utvises en restriktiv praksis mht opprettelse av stiftelser som ikke utelukkende er opprettet for å ivareta forvaltning av gaver til foretaket. Det må særlig vurderes hvorvidt foretakets autonomi fullt ut er ivaretatt ved opprettelse av stiftelser.

Ved opprettelse av nye stiftelser må foretaket dessuten nøye vurdere hvorvidt stiftelsens formål er forenlig med foretakets formål og vedtatte strategier, og hvordan foretakets interesser best kan ivaretas, herunder foretakets interesse i at forvaltningen skjer i samsvar med stiftelseslovens bestemmelser. Tilstrekkelig fleksibilitet i mulig anvendelse av stiftelsens midler må sikres, slik at den også over tid kan tilpasses foretakets virksomhet.

Spørsmålet om opprettelse av stiftelser skal forelegges foretakets styre, eller vedtas av styret for det regionale helseforetaket, dersom det regionale helseforetaket bestemmer dette.

3. 2 Deltakelse i stiftelsers styrende organer

Er helseforetaket gitt rett til oppnevning av styremedlemmer eller medlemmer til andre organer i en stiftelse, må foretaket nøye vurdere om slik deltakelse er forenlig med helseforetakets virksomhet, herunder dets formål, vedtatte strategier og fullmaktsrutiner. Deltakelse i stiftelsens styrende organer må ikke påvirke helseforetakets autonomi, eller reise etiske eller omdømmemessige spørsmål ved deltakelsen i styret. Det samme gjelder i forhold til biervvervsreglene.

Foretaket må ved vurdering av spørsmålet om foretaket skal akseptere slik oppnevningsrett og ved den konkrete oppnevningen se til at forvaltningslovens habilitetsregler ivaretas.

IV. ADMINISTRASJON OG FORVALTNING

4. 1 Administrasjon og forvaltning av stiftelser

Foretaket skal som hovedregel ikke påta seg administrasjon eller forvaltning av / fra stiftelser, men kan likevel vurdere å ivareta regnskapsoppgaver når stiftelsen er opprettet av foretaket selv, eller opprettet som direkte følge av gaver / donasjoner til foretaket. Det er en forutsetning at slike oppgaver håndteres av enheter som er uavhengige av og / eller ikke underlagt instruksjonsmyndighet fra enheter, som kan defineres som potensielle mottakere av eller interessenter i stiftelsen. Samtykke til slik forvaltning eller administrasjon av stiftelser må gis av foretakets styre, og det er en forutsetning at stiftelsens midler holdes klart atskilt fra foretakets egne midler. Oppdraget må nedfelles i skriftlig avtale mellom foretaket og stiftelsen, som omtaler budsjett, personalforhold, regnskapsmessig oppfølging og rapportering.

V. FORHOLDET TIL NÆRINGSDRIVENDE STIFTELSE

Foretaket skal som hovedregel ikke delta i eller ha roller inn i næringsdrivende stiftelser, slik dette er definert i stiftelsesloven § 4. Særlig gjelder dette i forhold til stiftelser som har eller kan tenkes å ha en forretningsmessig forbindelse til spesialisthelsetjenesten eller tilhørende virksomhetsområder.

VI. OVERSIKT OG RAPPORTERING

Foretaket skal iverksette tiltak for å holde oversikt over samtlige stiftelser som man er involvert i, for eksempel gjennom deltakelse i eller opprettelse av disse. Dette kan hensiktsmessig gjøres gjennom føring av et sentralt register i foretaket.

Foretaket skal også føre en årlig fortegnelse over gaver, donasjoner m.v. som mottas over en viss verdi fastsatt av foretaket.

Rapport om foretakets involvering i stiftelser og om gaver, donasjoner m.v. skal følge som vedlegg til årlig melding.